

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**O PROCESSO EDUCATIVO EM SAÚDE COMO PRÁTICA DE
ENFERMAGEM JUNTO A UM CONSELHO LOCAL DE SAÚDE
PARA CONSTRUÇÃO DO CONTROLE SOCIAL NO SUS**

ANA PAULA PETRY
LAURA CAVALCANTI DE FARIAS

Florianópolis, novembro de 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

O PROCESSO EDUCATIVO EM SAÚDE COMO PRÁTICA DE ENFERMAGEM
JUNTO A UM CONSELHO LOCAL DE SAÚDE PARA CONSTRUÇÃO DO
CONTROLE SOCIAL NO SUS

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, requisito da Disciplina “Enfermagem Assistencial Aplicada” – VIIIª Unidade Curricular, para obtenção do grau de Enfermeiro.

ACADÊMICAS:

Ana Paula Petry

Laura Cavalcanti de Farias

ORIENTADORA:

Profª Drª Marta Verdi

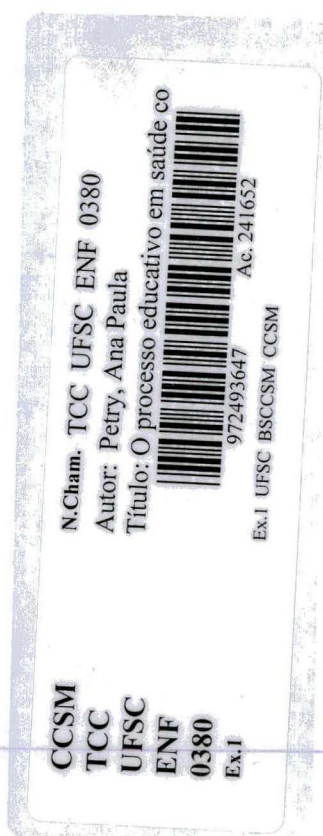
SUPERVISORA:

Enfª Marly Denise Wuerges de Aquino

TERCEIRO MEMBRO:

Profª Drª Flávia Regina de Souza Ramos

Florianópolis, novembro de 2004.



ELOGIO DA DIALÉTICA

*A justiça passeia pelas ruas a passos largos
Os dominadores fazem planos para dez mil anos.
Só a força os garante. Dizem que tudo ficará como está
Nenhuma voz se levanta além da voz dos dominadores.
No mercado da exploração se diz em voz alta:
Este é apenas o começo!*

*Entre os oprimidos, muitos dizem:
Jamais se realizará o que queremos!
O que ainda vive nunca diga jamais!
O seguro não é seguro. Nada ficará como está.
Quando os dominadores falarem,
Falarão também os dominados.*

*Quem se atreve a dizer jamais?
De quem depende a continuação deste domínio senão nós?
De quem depende a sua destruição? Igualmente de nós?
Os caídos que se levantem!
Os que estão perdidos que lutem!
Como pode calar-se quem reconhece Dedicatória a situação?*

*Os vencidos de hoje serão os vencedores de amanhã
E um “novo” nascerá do “jamais”.*

Bertold Brecht

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus, inspiração e força, pela oportunidade vivenciada e por nos acompanhar sempre, ao longo de nossa trajetória de vida.

À comunidade do bairro Saco Grande, pela receptividade que nos oportunizou o convívio com sua realidade.

A Unidade Local de Saúde Saco Grande, pela atenção dispensada e a credibilidade acerca do nosso estudo.

Aos Conselheiros Locais de Saúde, sujeitos inspiradores da nossa proposta, especialmente às Conselheiras Marly, Renata e Rosangela (Nina), por acreditarem não só na importância do nosso trabalho, mas também no ideal da participação popular em busca da verdadeira democratização.

A nossa orientadora Marta Verdi, pela dedicação, sabedoria, inspiração e incentivos, que se constituíram nos adjetivos capazes de renovar constantemente a confiança em nosso trabalho.

A supervisora Marly, por dividir experiências e conhecimentos, que tanto contribuíram na trajetória de nossa prática.

A professora Flávia Regina Souza Ramos, pelas valiosas contribuições na construção de nossa proposta de trabalho.

Aos amigos, que compartilharam conosco momentos especiais e inesquecíveis durante os quatro anos de graduação, desde a expectativa do início, à concretização deste sonho.

Ana Paula agradece...

Aos meus queridos pais, Maurício e Ieda, por todo amor e carinho, por todos os sacrifícios nesta jornada e, principalmente, pela confiança e incentivo quando decidi mudar a minha vida. Vocês são minha luz e inspiração. Amos vocês.

Ao meu amor, Paulinho, pelo amor dedicado, por compartilhar comigo momentos alegres, por me apoiar nas dificuldades, por ser, além de namorado, um grande amigo. Você entrou na minha vida por acaso, mas não é por acaso que permanece. Te amo muito.

À minha irmã Luciana, por ser minha companheira nestes anos.

À minha grande amiga Laura, pessoa inesquecível, grande companheira. Devo a você a inspiração para que este trabalho tenha se realizado. Obrigada por sua amizade.

Aos meus queridos amigos Josi e Cabessa, por estarem sempre comigo.

Enfim, a todos os familiares e amigos que contribuíram de alguma forma para que hoje eu esteja realizando meu sonho. Muito obrigada.

Laura agradece...

A minha amada mãe, pelo presente da vida, do amor e da educação. Pelas vezes que abriu mão de seus sonhos para a realização dos meus, por sempre acreditar neles.

Aos meus queridos avós Loureny e Ana, pelo afeto e apoio. São as lembranças vivas de uma infância repleta de felicidade, certamente a base de toda minha formação.

Ao meu irmão Junior, que junto com minha mãe e avós são minha família, a razão pela qual nunca desisti.

Ao meu amor Luis, por estar sempre ao meu lado, compreensivo nas ausências, incentivador nas dificuldades e orgulhoso nas conquistas. Te amo sempre.

Ao Sr Luiz Carlos Brehmer, Sra Maria de Lourdes e família, por terem muitas vezes me acolhido em sua casa, sempre incentivando meus ideais. Vocês fazem parte da construção deste sonho, obrigado por compartilharem comigo este momento.

A professora Marta Verdi, pelas oportunidades na construção de conhecimentos, pela confiança no meu trabalho e pela sabedoria com a qual conduziu todo processo que vivenciamos.

Ao Adi e a Danusa, minha querida “grande família”, obrigado pelos especiais e inesquecíveis momentos. Escrevemos uma parte de nossas histórias juntos, guardarei com saudades, para sempre este capítulo.

A minha querida amiga Ana Paula, por ter aceitado se aventurar comigo pelos caminhos deste trabalho, assim como estivemos sempre juntas nestes anos da graduação. É maravilhoso contar com sua companhia.

E para não cometer injustiças, agradeço a todos aqueles que ao lerem este trabalho, lembrarem que estiveram presentes em algum momento, contribuindo de qualquer forma para a realização deste sonho. Meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

O presente trabalho refere-se à implementação de uma proposta educativa em saúde, realizada junto ao Conselho Local de Saúde (CLS), do bairro Saco Grande, no município de Florianópolis, com o objetivo de promover estratégias de participação popular para o fortalecimento do controle social no SUS. O estudo inicia com uma breve revisão da evolução histórica das políticas de saúde no Brasil a partir da década de 70, marco histórico do Movimento Sanitário, até chegar à década de 90, quando da regulamentação do Sistema Único de Saúde – SUS, que traz como uma de suas diretrizes, a participação popular, através do exercício do controle social sobre as atividades e os serviços públicos de saúde. Utilizamos os elementos do referencial teórico do processo de trabalho de educação em saúde de Ramos Gonzaga (1992 e 1999) e a proposta metodológica do educador Paulo Freire (1987) como os eixos norteadores da nossa prática. No sentido de impulsionar a reflexão crítica acerca do controle social no SUS, propusemos o desenvolvimento dos círculos de cultura como momentos de potencialização da transformação da práxis. Paralelamente, realizamos o reconhecimento e a mobilização da comunidade durante visitas às organizações e instituições do bairro e da participação no processo de planejamento, organização e desenvolvimento do Curso de Capacitação de Conselheiros Locais de Saúde. Identificamos durante nossa experiência, algumas fragilidades e potencialidades em relação à estruturação do Conselho. A falta de participação e o desconhecimento das funções e do papel do CLS constituem-se em entraves para a consolidação do controle social no SUS. Porém, o cenário de nossa atuação apontou sujeitos que mantêm os propósitos pelos quais os Conselhos foram criados. Consideramos que ainda há um longo caminho a ser percorrido, com alguns obstáculos para ultrapassar, até que a participação popular no CLS se torne consciente e efetiva. Nossa contribuição para o controle social teve o importante papel de desencadear um processo de transformação da consciência individual para uma consciência coletiva.

Palavras Chaves: Sistema Único de Saúde, Controle Social, Conselho Local de Saúde, Participação Popular.

SUMÁRIO

1. APRESENTANDO A PROPOSTA.....	10
2. NOSSOS OBJETIVOS.....	14
2.1 Objetivo Geral.....	14
2.2 Objetivos Específicos.....	14
3. CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE: UMA REVISÃO.....	16
3.1. As políticas de Saúde no Brasil: Uma Visão Contemporânea do Processo de Construção do SUS.....	16
3.1.1.Reforma Sanitária.....	16
3.1.2.Como se configura o SUS.....	21
3.2. O Controle Social no SUS.....	28
3.2.1. As Conferências.....	31
3.2.2. Os Conselhos de Saúde.....	34
3.2.3.Os Conselhos Locais de Saúde.....	38
4. BASES TEÓRICO-METODOLÓGICAS DO PROCESSO EDUCATIVO.....	42
4.1 Freire: Educador, Escritor, Ser Humano	42
4.2 Os Conceitos	43
4.3 Pressupostos	47
4.4 O Processo de Trabalho de Educação em Saúde.....	48
5. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	51
5.1 Cenário do Processo Educativo.....	51
5.1.1 Florianópolis.....	51
5.1.2 Saco Grande.....	52
5.1.3 A Unidade Local de Saúde Saco Grande.....	53
5.1.4 O Conselho Local.....	55
5.2 Os Sujeitos.....	55
5.3 A Proposta para a Construção de um Método de Trabalho.....	56
5.3.1 A aproximação da realidade.....	56
5.3.2 Círculos de Cultura.....	57
5.3.3 O Itinerário Freiriano.....	57

5.4 Plano de Ação.....	58
5.5 Registros dos Dados.....	60
5.6 Aspectos Éticos.....	60
6. APRESENTANDO A TRAJETÓRIA NA CONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS.....	62
6.1. Reconhecimento e Mobilização da Comunidade: Visitas às Organizações e Instituições da Área de Abrangência da Unidade Local de Saúde (ULS) Saco Grande.....	62
6.1.1. O processo de reconhecimento e mobilização da comunidade.....	62
6.1.1.1. Os objetivos do processo.....	62
6.1.1.2. Os momentos do processo.....	63
6.1.2. Um breve panorama das organizações do Saco Grande.....	63
6.2. Os Círculos de Cultura.....	69
6.2.1. O Processo Educativo Junto ao Conselho Local de Saúde.....	69
6.2.2. O Processo Educativo Junto à Equipe de Saúde.....	79
6.3. Curso de Capacitação para Conselheiros Locais de Saúde de Florianópolis.....	92
7. REFLETINDO ACERCA DO PROCESSO EDUCATIVO EM SAÚDE.	102
8. CONSIDERAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES.....	108
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111
APÊNDICES	116
ANEXOS.....	153

CAPÍTULO 1

*A*PRESENTANDO *A* *P*ROPOSTA



1. APRESENTANDO A PROPOSTA

Ao chegarmos no último período do curso de graduação em Enfermagem, escolhemos percorrer o caminho do Processo de Educação em Saúde focalizando a participação popular no contexto do Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS), por tratar-se de duas temáticas pouco exploradas durante os anos da graduação e que se constituíram para nós num desafio para a construção de uma Prática Assistencial de Enfermagem, requisito da disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada, da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

No Brasil, o Controle Social na saúde passou a integrar a agenda proposta pelo movimento de redemocratização do país dos anos 80 a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), cujas deliberações foram, em grande parte, incorporadas à Constituição Federal de 1988 e, subseqüentemente, foram asseguradas, na Lei nº 8.142/90. Assim, a Lei Orgânica da Saúde buscou contemplar o princípio da participação social em nível municipal, estadual e federal, definido com a criação do SUS, apontando para duas instâncias colegiadas, os Conselhos de Saúde, que são de caráter permanente, deliberativo e autônomo em cada esfera de governo e as Conferências de Saúde, de caráter consultivo (BRASIL, 2004 b).

O Controle Social no SUS tem sido interpretado basicamente a partir da participação social nos Conselhos de Saúde, que embora signifique um avanço em termos legais, na prática tem mostrado grandes dificuldades na sua efetivação.

Entendemos a enfermagem como uma profissão que congrega capacidades técnicas assistenciais em diferentes e complexos espaços para sua atuação. Nesta concepção, o papel de educador é inerente ao profissional enfermeiro. Contudo, este papel é predominantemente desempenhado de maneira assistencialista, mecânica e tecnicista, nos moldes que ainda concebe a saúde apenas no sentido biológico do ser.

A compreensão de saúde como produto de um contexto abrangente, que envolve a vida dos indivíduos em suas dimensões biológicas, psicológicas, sociais, econômicas e políticas, atualmente está ganhando repercussão e paralelamente está abrindo espaços para a atuação e

contribuição dos profissionais da saúde na edificação de uma atenção mais voltada para o atendimento integral das necessidades coletivas.

Apesar dos históricos movimentos por mudanças nesse sentido e das conquistas alcançadas, a transformação da consciência política e cidadã para uma efetiva democratização da saúde, ainda acontece de forma lenta e restrita a poucos personagens que detêm o conhecimento e/ou a própria consciência como fruto de seus ideais.

Nossa opção por esta prática assistencial, enquanto futuros profissionais da saúde, baseou-se na vontade de contribuir com a luta por esta transformação, melhor dizendo, contribuir para o aflorar desta consciência que muitas vezes está apenas adormecida dentro de cada pessoa.

Como estratégia de atuação, inserimos nossa proposta junto ao Conselho Local de Saúde, como um canal institucionalizado de participação social na comunidade, bem como, na nossa articulação com os demais movimentos comunitários, para fortalecer a organização e o real desenvolvimento das funções deste espaço, enquanto instância para o controle social no SUS.

Desta forma, estivemos trabalhando a partir do nível local, ou seja, no *lócus* onde ocorrem os enfrentamentos entre as necessidades de saúde da população e as respostas organizadas pelo Estado através dos serviços de saúde, intermediadas pelas Unidades Locais de Saúde.

Gaio e Faria (2000), apontam a enfermagem como profissão presente em todos os serviços de saúde, com base prática para conversar com a população e intermediar o diálogo como Estado sobre as necessidades dos serviços para uma assistência qualificada. Mas há que ficar atento porque essa oportunidade só terá ressonância se articulada à população usuária dos serviços de saúde e a população em geral. Isso pressupõe que a categoria de enfermagem precisa articular-se com os movimentos sociais, participar dos eventos da saúde e da sociedade em prol do sistema de saúde.

É neste sentido que a enfermagem pode e deve ser inserida nestes espaços para se firmar como profissão que também tem seu papel social como articulador dos interesses coletivos, na perspectiva da participação de todos os cidadãos, e como tais, para exercício de seus deveres, mas principalmente para conquistar e usufruir seus direitos.

Para o desenvolvimento deste trabalho, buscamos como parceiros, os conselheiros locais de saúde do bairro Saco Grande no município de Florianópolis/SC. Embora o palco privilegiado deste trabalho circunscreva-se a este Conselho, entendemos ser imprescindível para o desenrolar e o verdadeiro significado da nossa prática contextualizá-lo no seu cenário

que é a comunidade local, representada por suas associações e demais conselhos comunitários.

Como fundamentação do nosso trabalho, estruturamos o referencial teórico metodológico a partir do Processo Educativo em Saúde com bases na Pedagogia Problematicadora de Paulo Freire (1987) e no processo de Trabalho de Educação em Saúde de Ramos Gonzaga (1992 e 1999).

Almejando, principalmente, o desenvolvimento de nossa própria consciência cidadã, pois acreditamos que o movimento da mudança começa primeiramente em nós mesmos, esperamos com essa nova perspectiva para a atuação da enfermagem, que possamos contribuir com uma parcela de conhecimento e experiência para a construção do controle social no SUS, idealizando sua efetivação, assim como seus precursores num passado não muito distante, o idealizaram.

CAPÍTULO 2

Nossos Objetivos

+

2. NOSSOS OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Desenvolver um processo educativo em saúde junto ao Conselho Local de Saúde (CLS) do bairro Saco Grande, promovendo estratégias de participação popular, no sentido de impulsionar uma reflexão crítica acerca do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS).

2.2. Objetivos Específicos

- Criar estratégias de mobilização comunitária junto aos conselheiros locais de saúde, a equipe da Unidade Local de Saúde e os movimentos populares para incrementar a participação e representação no CLS.
- Desenvolver estratégias de sensibilização de Conselheiros Locais e profissionais da Unidade Local de Saúde, quanto à importância de seus papéis e da sua união para alcançar objetivos comuns no sentido de aprimorar os serviços de saúde no bairro.
- Estimular a articulação de forças sociais da Unidade Local de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde para o reconhecimento dos Conselheiros Locais como parceiros na busca de melhorias para comunidade.
- Contribuir com o processo de reestruturação do CLS.
- Promover um espaço dialógico, através do método do Círculo de Cultura de Freire, com a participação dos Conselheiros, no sentido de buscar coletivamente a sua instrumentalização técnica e política, para possibilitar a transformação da práxis cotidiana-conservadora em uma práxis crítica-criativa.

CAPÍTULO 3

CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE: UMA REVISÃO



3. CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE: UMA REVISÃO

3.1 - As Políticas de Saúde no Brasil: Uma Visão Contemporânea do Processo de Construção do SUS.

No século XX, o sistema de saúde brasileiro transitou do sanitarismo campanhista para o modelo médico-assistencial privatista, até chegar, na década de 80, ao projeto neoliberal. Com isto, no início dos anos 90, tendo como cenário uma profunda crise econômica e política, apresentam-se, na arena sanitária brasileira, dois projetos alternativos em permanente tensão: um, sendo portador de nítida hegemonia, o projeto neoliberal e, outro, contra-hegemônico, a reforma sanitária. Estabelece-se, entre eles, uma constante luta nos planos político, ideológico e técnico, que faz com que qualquer proposta de saúde seja decodificada, por um ou por outro, de acordo com seus pressupostos e interesses (MENDES, 1995).

Considerando que a temática deste trabalho dirige-se ao contexto social de um determinado período histórico, não abordaremos a evolução histórica das políticas de saúde no Brasil do último século em toda sua trajetória, mas concentraremos nossa atenção a partir da década de 70, marco histórico do Movimento Sanitário, passando pelos principais eventos da década de 80, onde se consolidou a hegemonia do modelo neoliberal e se conformou a proposta da reforma sanitária brasileira, até chegar à década de 90, quando da regulamentação do Sistema Único de Saúde – SUS.

3.1.1 - Reforma Sanitária

No ano de 1964, a ditadura militar se impõe agressivamente aos cidadãos brasileiros, sendo marcada por atos institucionais e por outros decretos presidenciais de cunho arbitrário que alteram a Constituição Federal no que diz respeito aos direitos de cidadania, informação organização social e política (CARVALHO, MARTIN e CORDONI Jr., 2001).

Durante o período mais repressivo do autoritarismo – final da década de 60 e início da década de 70 – se transformou a abordagem dos problemas de saúde e se constituiu a base teórica e ideológica de um pensamento médico-social, que teve início dentro dos departamentos de medicina preventiva. O processo de desenvolvimento da abordagem socialista do campo da saúde iniciou durante a ditadura militar, através de uma prática política nas universidades (ESCOREL, 1998).

Ao final da década de 70 surgem diversas entidades de diferentes setores da sociedade civil, que se organizam em oposição ao autoritarismo do regime militar e em prol da democratização do país.

Neste contexto, inscreve-se o processo de reestruturação do setor da saúde com a proposta da Reforma Sanitária Brasileira, tendo como liderança intelectual e política o “Movimento Sanitário”, que era composto por um grupo restrito de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor da saúde, oriundos, em sua maioria, do Partido Comunista Brasileiro (PCB), que teve papel de destaque na oposição ao regime autoritário vigente nesta época. Este grupo influenciou fortemente o âmbito acadêmico e pode ser considerado o mentor do processo de reformulação do setor saúde. Sofreu grande influência do modelo da Reforma Sanitária italiana e desempenhou um importante papel em organismos internacionais como a Organização Panamericana da Saúde (OPS) (GERSHMAN, 1995).

Segundo Gershman (1995) o projeto reformador, no seio do Movimento Sanitário teve seu primeiro impulso no meio acadêmico, dentro dos Departamentos de Medicina Preventiva, de onde se difundiu o pensamento crítico em saúde. Concomitantemente ao processo acadêmico, houve também avanços na implementação de políticas de saúde alternativas às impostas pelo regime militar, sendo através de programas de extensão universitária, ou a partir das Secretarias Municipais de Saúde no interior de alguns Estados, ou mesmo através da ocupação de cargos técnico-administrativos no Ministério da Previdência Social, à medida que a transição democrática adquiria um perfil mais nítido.

O projeto reformador sustentou-se sobre uma ampla crítica ao modelo prevalecente, baseado no crescimento do setor privado à custa do setor público (o primeiro sendo financiado pelo segundo), o que levou à falência, deterioração, ineficiência e crise do sistema público de saúde. (OLIVEIRA&TEIXEIRA apud GERSHMAN, 1995, p.42).

Em meados de 1980, ocorre o enfraquecimento da ditadura militar, com posterior queda, seguidos do processo de transição democrática do Brasil, que culminou com a discussão, redação e aprovação, em 1988, da nova e atual Constituição Federal, com

importantes repercussões no processo de construção de uma nova política para o setor saúde (CARVALHO, MARTIN e CORDONI Jr., 2001).

A partir de 1983, o movimento sanitário pôs em prática uma de suas estratégias, a denominada ‘ocupação dos espaços institucionais’. Ao tentar modificar o direcionamento da política pública, passou a fazer das instituições um “palco” de construção da contra-hegemonia (SCOREL, 1998, p.189).

Paralelamente a esta movimentação da sociedade civil, o governo também buscava saídas oficiais para a crise do setor saúde, tanto que, em outubro de 1980, os Ministérios da Saúde e da Previdência Social apresentam o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, o PREV-SAÚDE, que acabou ruindo diante do recuo do próprio governo federal, sob alegação de falta de recursos financeiros para sua implantação. A seguir, o regime implanta o chamado “Pacote da Previdência”, que estabeleceu o aumento da contribuição previdenciária e instituiu o Conselho Consultivo de Administração da Saúde (CONASP), que é criado com o objetivo de racionalizar as despesas e controlar gastos. Dentro desta estratégia racionalizadora, o principal desdobramento do CONASP foi a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), que buscavam a reorganização institucional da assistência à saúde, com o intuito de evitar ações paralelas e simultâneas entre as instituições de saúde. Pela primeira vez as prefeituras iriam receber recursos federais provenientes da Previdência, mediante pagamento por serviços prestados realizados pelo município. As AIS foram reconhecidas como um marco indiscutível, de amplitude considerável, demonstrado por avanços em vários estados possibilitando o fortalecimento da rede básica ambulatorial, aumento da capacidade de atendimento à demanda, possibilitando a contratação de recursos humanos, a revisão do papel dos serviços privados e até, em alguns casos, da população na gestão dos serviços (CARVALHO, PETRIS e TURINI, 2001).

O crescimento das propostas e do processo de reformulação da política adquiriu sua forma mais acabada com a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, onde se definiu o projeto da “Reforma Sanitária Brasileira”, que introduziu mudanças no setor da saúde, de forma a torná-lo democrático, acessível, universal e socialmente equitativo (GERSHMAN, 1995).

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi o exemplo máximo da utilização do espaço ocupado no aparelho do Estado para possibilitar a discussão democrática das diretrizes políticas setoriais. Durante a conferência, reuniram-se mais de cinco mil pessoas, dentre as quais mil pessoas eram delegados, onde discutiu-se e aprovou-se a unificação do Sistema de Saúde. E mais, aprovaram-se definições de propostas relativas ao conceito ampliado de saúde,

ao direito de cidadania e dever do Estado e às bases financeiras do sistema. Dotada de grande representatividade social, mesmo na presença dos prestadores de serviços privados de saúde, esta Conferência Nacional de Saúde passou a significar, através de seu relatório final, a consolidação das propostas do Movimento Sanitário original acrescido de novos integrantes e parceiros (ESCOREL, 1998).

Como já foi dito anteriormente, o projeto da Reforma Sanitária baseou-se num conceito de saúde ampliada, relacionada às condições gerais de vida, como moradia, saneamento, alimentação, condições de trabalho, educação, lazer. A saúde, neste âmbito, foi definida como um direito do cidadão e, conseqüentemente, um dever do Estado, ou seja, os cuidados à saúde não se restringem ao atendimento à doença, mas se estendem também à prevenção e melhoramento das condições de vida geradoras de doenças. Deste modo, é importante registrar que:

... as políticas de saúde encaminhadas pela proposta foram: a criação de um Sistema Único de Saúde com notável predomínio do setor público, a descentralização do sistema e a hierarquização das unidades de atenção à saúde, a participação da população na reorganização dos serviços e, por último, a readequação financeira do setor. (GERSHMAN, 1995, p. 42).

Quando se deu aprovação do projeto da Reforma Sanitária na VIII Conferência Nacional de Saúde, foi dada continuidade às resoluções originadas desta através da formação de uma Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que teve em suas mãos o processo de implementação do projeto na esfera do governo. Ao mesmo tempo, criou-se a Plenária Nacional de Entidades de Saúde, cujo objetivo seria dar prosseguimento à articulação dos organismos da sociedade civil que participaram da VIII Conferência Nacional de Saúde e proceder à elaboração de um Projeto Constitucional para ser apresentado no processo Constituinte (Ibidem, 1995).

A partir da formação desta Comissão, ocorreu um deslocamento da luta que vinha acontecendo no campo social e culminou com uma proposta de amplo alcance e consenso social para o interior dos organismos estatais de saúde. A disputa pela implementação da Reforma Sanitária passou a se dar no âmbito político das diversas facções da tecno-burocracia do setor e com intenção de executar os avanços operacionais previstos pelo projeto. Estes enfrentamentos, que se deram no Ministério da Saúde e, principalmente, na Previdência Social, foram limitados pela relação de forças no interior dos aparelhos do Estado, afeiçoadas ao clientelismo, à política de favores pessoais e às rotinas burocráticas como uma maneira de impedir a implantação de políticas inovadoras das práticas institucionais.

No momento da efetiva implantação da reforma, em 1987, foi aprovado o Decreto de criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) cujo objetivo era contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das AIS. O SUDS contemplava: o encolhimento da máquina previdenciária de nível estadual, a transferência dos serviços de saúde e dos recursos financeiros para os Estados e municípios, o estabelecimento de um gestor único de saúde para cada esfera do governo e a transferência para os níveis estadual e municipal dos instrumentos de controle sobre o serviço privado (ESCOREL apud GERSHMAN, 1995).

Neste contexto de descentralização, através de mecanismos políticos, contábeis e burocráticos no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e no Ministério da Saúde, formaram-se barreiras à implementação do SUDS, dentre os quais o mais gritante foi o desaparecimento dos recursos nos meandros das máquinas federais, estaduais e municipais. Com certeza as unidades locais de saúde, destino final do financiamento do setor, viveram em permanente crise por não terem condições de pagar os profissionais, bem como pela falta de instrumental, manutenção dos equipamentos e medicamentos (GERSHMAN, 1995).

De acordo com a autora, as adversidades à implantação da Reforma geraram uma exacerbada desconfiança por parte da população em relação ao setor público da saúde. O setor privado soube se aproveitar muito bem desta situação, crescendo consideravelmente neste período, principalmente o setor de seguros privados de saúde. No ano de 1989, 32 milhões de pessoas – em torno de um quarto da população brasileira – estava coberto por seguros privados de saúde, movimentando cerca de 2,5 bilhões de dólares, aproximadamente 19% do gasto total com saúde.

A Plenária Nacional de Entidades de Saúde teve importantes avanços em termos de articulação de um movimento social de caráter nacional em torno da questão saúde, conseguindo introduzir na Constituição Federal os princípios da Reforma Sanitária. A Plenária Nacional foi constituída em meados de 1987, fomentadas pelas Plenárias Estaduais que surgiram imediatamente após a VIII Conferência Nacional de Saúde. Tal Plenária foi composta por entidades representativas do movimento popular em saúde, do movimento sindical, dos partidos políticos de esquerda, dos profissionais de saúde, de representantes do Movimento Sanitário e da Academia, bem como de entidades estaduais e municipais da saúde favoráveis à Reforma (GERSHMAN, 1995).

De fato, a articulação e organização das forças populares na Plenária Federal possibilitaram que o capítulo da saúde na Constituição Nacional contemplasse o direito universal à saúde e a criação de um sistema único de saúde, descentralizado, acessível e democrático. (GERSHMAN, 1995, p. 44).

A Constituição Federal de 1988 incorporou mudanças no papel do Estado e alterou profundamente o arcabouço jurídico-institucional do sistema público de saúde, criando novas relações entre as diferentes esferas de governo, dando origem, enfim, ao Sistema Único de Saúde. Esta nova Carta Magna apresenta-se na forma de nove grandes títulos que, em geral, são divididos em capítulos, sendo que alguns são divididos em seções. À Ordem Social, um título inteiro é dedicado (Título III), cujo Capítulo II, o da Seguridade Social, é composta por quatro seções: Disposições Gerais, da Saúde, da Previdência Social e da Administração. A Constituição estabeleceu os direitos e deveres básicos dos cidadãos brasileiros, mas, em geral, para que estes direitos e deveres possam ser usufruídos ou exercidos necessita-se de outros atos legislativos que os regulamentem (CARVALHO, PETRIS e TURINI, 2001).

O movimento sanitário ainda permanece vivo nos dias atuais, mesmo com suas ambigüidades e contradições. Sua prática de ação transformadora não depende de voluntarismo, mas das condições políticas. Portanto, como movimento social, é um espaço virtual de articulação de diversas forças sociais que pode ser socialmente interpelado e reaparecer no cenário (ESCOREL, 1998).

3.1.2 – Como se configura o SUS

A Constituição Federal de 1988 incorporou as principais propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, tratando da saúde e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em seus artigos 196 a 200, cuja regulamentação ocorreu através das Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080/90 e nº 8.142/90. O SUS surge com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão.

Assim como apontou a conferência, a Lei 8.080/90 (ANEXO 1) em seu 2º artigo considera: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 2004 a).

A Constituição, em seu artigo 196, consagrou o princípio de que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que

visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CARVALHO E SANTOS, 1992).

Da mesma forma como pregava o movimento pela reforma sanitária, a concepção de saúde é ampliada, atingindo o contexto do indivíduo como um todo, conforme a LOS 8.080/90 artigo 3º:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, e o acesso aos bens e serviços essenciais (Brasil, 2004 a).

Não é possível discutir a saúde, sem discutir seus determinantes e condicionantes. A concepção de saúde como resultante de questões extra-setoriais mais abrangentes se contrapõe à concepção de que a doença (falta de saúde) é a causa de distúrbios e desvios em outros setores. A causalidade é exatamente o contrário: a pobreza, a deficiência na alimentação, a moradia, o saneamento, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação o transporte, o lazer são as causas básicas da doença, ou da falta de saúde (CARVALHO E SANTOS, 1992).

Constitucionalmente o SUS é organizado a partir de diretrizes e princípios. Enquanto as diretrizes estabelecem normas de procedimentos para operacionalização das ações do SUS, os princípios definem as linhas básicas ou condições fundamentais sob as quais SUS irá se desenvolver (CALLIARI et al., 1999).

Deste modo, são diretrizes do SUS: a **descentralização**, com direção única em cada esfera de governo, o **atendimento integral**, abrangendo atividades assistenciais curativas e, prioritariamente, as atividades preventivas e a **participação popular**, ou seja, o exercício do controle social sobre as atividades e os serviços públicos de saúde (CARVALHO E SANTOS, 1992).

De acordo com estas diretrizes, a estruturação do SUS deve obedecer os seguintes princípios:

I) *Universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.*

A universalidade do acesso é uma decorrência natural do novo conceito de saúde. A saúde, no texto constitucional, é um direito público subjetivo, garantido pelo Estado, e não mais um “seguro social” a ser satisfeito mediante contribuição especial do cidadão.

II) *Integralidade da assistência.* Cabe ressaltar que o artigo 198, II, estabelece prioridade para atividades preventivas, em coerência com o artigo 196, que diz respeito ao combate às causas da doença e de outros agravos. A assistência integral combina, de forma

harmônica e igualitária, as ações e os serviços de caráter preventivo e os curativos. E também, a assistência implica em atenção individualizada, ou seja, para cada caso, segundo suas exigências, e em todos os níveis de complexidade.

III) *Preservação da autonomia da pessoa na defesa da sua integridade física e moral.* Este princípio é um desdobramento do princípio da dignidade humana, sendo que este “nos obriga a um compromisso inafastável: o do absoluto e irrestrito respeito à identidade de todo ser humano. Isso porque o homem é sujeito de direitos: não é, jamais, objeto de direito e, muito menos, objeto mais ou menos manipulável”.

IV) *A igualdade de assistência* prevista no inciso IV do artigo 7º significa que nos serviços públicos não pode haver distinção entre as pessoas. A assistência deverá ser oferecida sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade ou religião e nem tão pouco receber privilégios de qualquer espécie.

V) *Direito à informação*, para as pessoas assistidas, sobre sua saúde. Este direito é assegurado para evitar a resistência dos membros da equipe médica de assistência da administração hospitalar em fornecer os dados e informações requeridas sob alegação de ética profissional ou do sigilo do prontuário, além de coibir atitudes de profissionais de saúde em utilizarem expressões essencialmente técnicas, de conteúdo ininteligível para o indivíduo, negando, assim, o direito de conhecer o que se passa com seu próprio corpo e mente, tornando-se um estranho para si mesmo.

VI) *Divulgação de informações sobre o potencial dos serviços de saúde* e a sua utilização pelo usuário, para que este saiba a quem recorrer em caso de necessidade e como utilizar os serviços de saúde postos à disposição da população.

VII) *Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática.* A vigilância epidemiológica caracteriza-se como um conjunto de ações no campo dos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, visando recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. Detectando o problema, há necessidade de proporcionar meios e instrumentos para solucioná-lo.

VIII) *Participação da comunidade.* A participação da comunidade na gestão, no controle e na fiscalização dos serviços e ações de saúde a cargo do SUS é um dos pilares da organização do Sistema. Esta participação se faz, de modo institucionalizado, por meio de Conselhos de Saúde Nacional, Estadual e Municipal.

IX) *Descentralização político-administrativa* com direção única em cada esfera de governo, dando ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e regionalizando e hierarquizando a rede de serviços de saúde.

X) *Integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico*. Reconhecendo a prevalência do meio ambiente e do saneamento básico no elenco de fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, foi determinado, em nível executivo, a integração das ações em saúde, meio ambiente e saneamento básico.

XI) *Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população*. Este princípio está bastante ligado ao princípio de unicidade do sistema de saúde. As três esferas de governo devem unir esforços a fim de alcançar a melhoria dos serviços prestados.

XII) *Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência*. Uma ação ou um serviço de saúde resolutivo é aquele que resolve o problema trazido ou apresentado pelo usuário.

XIII) *Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos*. Este princípio visa evitar o desperdício, o gasto injustificado de recursos, a oneração do custo de uma atividade, de um programa ou de um empreendimento (CARVALHO E SANTOS, 1992).

Mesmo com a regulamentação do SUS pelas LOS 8.080/90 e 8.142/90, ainda eram observadas algumas dificuldades operacionais para possibilitar, na prática, a execução de todos os seus aspectos constitucionais, uma vez que a realidade do trabalho na área da saúde variava conforme a situação de cada governo na esfera estadual e municipal. Para contornar essas dificuldades, passaram-se a editar as denominadas Normas Operacionais Básicas (NOBs) do SUS, com o intuito de normatizar as formas de trabalho conjunto entre as três esferas de governo, buscando a aplicação dos princípios legais para as diferentes realidades locais. As NOBs são editadas pelo Ministério da Saúde e vão sendo reformuladas conforme a construção do SUS vai se aperfeiçoando (CARVALHO, PETRIS e TURINI, 2001).

Em 17 de julho de 1991 foi editada a NOB nº 01/91, pelo presidente do INAMPS, através de Resolução nº 273. Apesar de tentar instituir o arranjo institucional previsto na legislação para a gestão descentralizada do SUS, na prática, esta norma descaracteriza os principais objetivos do SUS ao redefinir a lógica de transferência de recursos a estados e municípios.

Estados e municípios passaram a receber por produção de serviços de saúde, nas mesmas tabelas nacionais existentes para o pagamento de prestadores privados, impondo um modelo de atenção à saúde voltado para a produção de serviços e avaliado pela quantidade de procedimentos executados, independentemente da qualidade e dos resultados alcançados. Ou seja, continuou prevalecendo a estrutura de compra de serviços privados de saúde do INAMPS, agora aplicado aos gestores públicos estaduais e municipais (OLIVEIRA apud CARVALHO, PETRIS e TURINI, 2001, p.44).

Em agosto de 1992 foi realizada a IX Conferência Nacional de Saúde, tendo como tema “Municipalização da saúde, condição indispensável para a efetiva implantação do SUS”. Pautada nas recomendações desta conferência, foi exposta e divulgada a formulação da estratégia para descentralização, no documento “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde – A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei”. Este documento, após ser discutido e analisado por vários atores da área, ganhou uma nova versão e constituiu-se na Norma Operacional Básica nº 01/93 (NOB 01/93), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e publicada em 20 de maio de 1993, através da Portaria do Ministério da Saúde nº545 (CARVALHO, PETRIS e TURINI, 2001).

Mesmo com os avanços conquistados com a NOB 01/93, grande parte dos recursos federais, ou seja, três quartos do total, destinados ao custeio da assistência à saúde ainda eram repassados através do pagamento por produção de serviços, ainda igualando estados e municípios, aos prestadores privados. Diante disto, e buscando superar outros limites da descentralização, da gestão e do financiamento, surge a NOB nº 01/96 (NOB/96). As principais mudanças ocorreram na forma dos repasses financeiros, com transferência regular e automática de fundo para fundo, possibilitando autonomia aos municípios e estados para a gestão descentralizada, além de prever câmbios no modelo de atenção à saúde, e avaliação dos resultados. Apesar de ter sido publicada através da portaria do Ministério da Saúde nº2203, em 6 de novembro de 1996, a NOB/96 começou a ser implantada somente em janeiro de 1998, com algumas modificações do texto original. Este atraso ocorreu devido a grande discussão sobre a falta de recursos adicionais para implantação da norma, que só foi viabilizada após a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) em 1997 (Ibidem, 2001).

Para definir os tetos dos municípios, a NOB/96 criou uma Programação Pactuada Integrada (PPI), entre os municípios e com a participação do gestor estadual. A elaboração da PPI deve se dar num processo ascendente, de base municipal, mas também configurando as responsabilidades do estado na busca da crescente equidade, da qualidade da atenção e na conformação de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços.

No que diz respeito aos municípios, a NOB/96 previu duas modalidades de gestão:

a) *Gestão Plena da Atenção Básica*, onde o município assume a responsabilidade pela gestão e execução da assistência ambulatorial básica e das ações de vigilância epidemiológica e sanitária; gestão de todas as unidades básicas de saúde, tanto públicas como privadas, vinculadas ao SUS; elaboração da PPI; autorização das internações hospitalares (AIH) e procedimentos ambulatoriais especializados; controle e avaliação da assistência básica.

b) *Gestão Plena do Sistema Municipal*, onde cabe ao município a responsabilidade de gerir todas as ações e serviços de saúde no município; gerir todas as unidades e serviços de saúde (públicas e privadas) com vínculo ao SUS; controlar, avaliar, fazer auditorias e pagamentos das ações e serviços de saúde no município; operar o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS); elaborar a PPI; administrar a oferta de procedimentos de alto custo/complexidade para os quais é referência.

Quanto aos estados, a NOB/96 também previu duas modalidades de gestão:

a) *Gestão Avançada do Sistema Estadual*, onde o estado assume a responsabilidade por: elaboração da PPI junto com os municípios; detalhamento da programação da Fração Assistencial Especializada (FAE); elaboração e execução do Plano Estadual de Investimentos, negociado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e aprovado no Conselho Estadual de Saúde; coordenação da política de alto custo/complexidade, medicamentos excepcionais e tratamento fora do domicílio; formulação da política de sangue e medicamentos; organização do sistema de referência e a câmara de compensação; contratação, controle e auditoria dos serviços sob gestão estadual.

b) *Gestão Plena do Sistema Estadual*, onde, além das atividades da Gestão Avançada, o estado ainda se responsabiliza pela gestão dos serviços de saúde, excetuando os municípios em gestão plena do sistema municipal e dos serviços básicos em municípios em gestão plena da atenção básica; operação do sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) (BRASIL apud CARVALHO, PETRIS e TURINI, 2001).

No final do ano 2000, a habilitação nas condições previstas pela NOB/96 atingia mais de 99% dos municípios do país. Porém, com o grande processo de descentralização que ocorre a nível municipal, vão se tornando evidentes alguns problemas de inter-relação dos sistemas municipais e estaduais de saúde. Percebe-se que os municípios são extremamente heterogêneos, sendo alguns pequenos demais para gerirem em seu território um sistema funcional completo, outros que demandam a existência de mais de um sistema em sua área

de abrangência e simultaneamente são pólos de atenção regional. Esta situação ocorre também, principalmente no que tange as divisas interestaduais, onde é freqüente a necessidade de que uma rede de serviços e organize com unidades localizadas nos dois lados da demarcação político-administrativa, visando atender a população de ambos os lados. A PPI, proposta pela NOB/96, que tinha como princípio esta regulação, não foi implementada de maneira que superasse os problemas burocráticos de acesso da população entre municípios e estados (Ibidem, 2001).

Com o intuito de enfrentar estes problemas, em janeiro de 2001 é proposta, através da Portaria n º 95 do Ministério da Saúde, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001). Esta norma se organiza, propondo três estratégias articuladas:

a) *Regionalização e organização da assistência*, assegurada através da elaboração do plano diretor de regionalização; ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica; qualificação de microrregiões na assistência à saúde; organização dos serviços de média complexidade, e implementação de política de atenção de alto custo/complexidade no SUS.

b) *fortalecimento da capacidade de gestão* do SUS, garantido através do processo de programação da assistência; da definição de responsabilidades de cada nível de governo, garantindo o acesso da população referenciada; do processo de controle, avaliação e regulação da assistência, e dos hospitais públicos sob gestão de outro nível de governo.

c) *Revisão de critérios de habilitação* dos estados e municípios através da atualização das condições de gestão estabelecidas na NOB/96 para os municípios (Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena do Sistema Municipal) e para os estados (Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual), e do detalhamento das responsabilidades, requisitos e prerrogativas para cada modalidade de gestão (CARVALHO, PETRIS e TURINI, 2001).

É necessário destacar, porém, que várias proposições da NOAS 01/2001 precisam de regulamentação específica para sua implementação. Um item que merece ser visto é a proposição da recentralização, a nível federal, de responsabilidades e dos recursos para o custeio de ações de alto custo/complexidade, já administrados com sucesso por muitos municípios atualmente.

O SUS deve ser entendido como um processo e como tal, se configura no desenvolvimento progressivo e contínuo de sua organização. Este processo iniciou muito antes da inclusão enquanto sistema de saúde do país, na Constituição Federal de 1988, e nem tão pouco tem um momento definido para ser concluído.

Os maiores desafios atuais estão ligados com a estruturação de um novo modelo de atenção à saúde que, a partir das grandes funções da Saúde Pública, subordine os conceitos programas da assistência médica individual aos preceitos e programas dos interesses coletivos e direitos da cidadania, e realize de fato, as atividades de promoção e proteção à saúde, às vistas dos Princípios Éticos da Universalidade, Equidade e Integralidade. Neste ínterim, os desafios referem-se à melhoria da qualidade da atenção, aumento da resolutividade da rede de unidades básicas de saúde e do seu papel de porta de entrada do SUS e à garantia de acesso aos serviços de médio e alto custo/complexidade, cuja escala de operação dá cobertura ao contingente populacional que, geralmente, supera as esferas municipal ou microrregional, com o objetivo de, gradativamente, superar as desigualdades de acesso existentes (BRASIL, 2001).

3.2 O Controle Social no SUS

Segundo Correia (2000), controle social tem sido alvo de discussões e práticas recentes de diversos segmentos da sociedade, como os movimentos popular e sindical, políticos, organizações não-governamentais e governos, como o controle que a população deve ter sobre as ações do Estado. Na perspectiva adotada pelo autor, o controle social envolve a capacidade que a sociedade civil tem de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da coletividade e tem como um dos requisitos essenciais, o estabelecimento de relações entre Estado e sociedade por meio de canais democráticos de participação.

Esta forma de entendimento sobre a atuação da população organizada no cenário político-sanitário é bastante recente, e na área da saúde teve origem a partir das reformulações setoriais que deram origem ao SUS. Este sistema tem, como um dos seus pilares, a participação da comunidade, cabendo assegurar o controle social sobre as ações e serviços de saúde (CARVALHO, PETRIS e TURINI, 2001).

Na história da evolução das políticas públicas de saúde no Brasil, é possível identificar diferentes concepções de controle social em saúde correspondentes a uma variedade de enfoques políticos ideológicos, a partir de diversas formas de compreensão do Estado, dos grupos sociais, das relações Estado-Sociedade, do processo saúde-doença e das maneiras de nele intervir (CARVALHO, 1995 apud OLIVEIRA, 2001).

No início do século XX até meados dos anos de 1960, o termo controle social em saúde, no Brasil, foi utilizado como significado oposto à atual concepção, ou seja, era visto

como medidas sanitárias de controle do Estado sobre a sociedade. As ações de saúde pública eram desenvolvidas através de campanhas sanitárias, visando adequar o funcionamento da sociedade às necessidades do mercado econômico, que se baseava na exportação de produtos agrícolas, especialmente o café. Nesse período, foi registrada uma dicotomia entre as áreas preventiva e curativa. As ações de caráter preventivo eram desenvolvidas pelo Ministério da Educação e Saúde que posteriormente transformou-se em Ministério da Saúde. Já, as ações de caráter curativo eram desenvolvidas pelo Sistema Previdenciário, representado pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que foram transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) a partir de 1933 e cuja unificação no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) ocorreu em 1966, e finalmente, pelo Instituto de Assistência médica e Previdência Social (INAMPS), que atenderia somente indivíduos com inserção no mercado formal de trabalho. Estes trabalhadores tinham assegurado representação no Conselho de Administração das CAPs, porém, com a criação dos IAPs, a representação de empregados passou a ser feita pelos sindicatos e assumiu um papel secundário, de assessoria ou de fiscalização dos atos da presidência. Com o golpe militar de 1964 e após a criação do INPS a participação de empregados e empregadores foi suprimida, eles perdem o direito de gerir e definir as políticas previdenciárias e de saúde (CARVALHO, PETRIS e TURINI, 2001).

Com o golpe de 64 o país passou a ser governado por Atos Institucionais, leis de segurança nacional e decretos secretos, caracterizando forte repressão e controle sobre a população, o controle social passou a ser exercido exclusivamente pelo Estado sobre a sociedade (CORREIA, 2000).

A partir de experiências de medicina comunitária desenvolvida nos centros comunitários norte-americanos, de caráter social, de educação, de integralidade, descentralização e organização comunitária, no início do século XX originou-se o termo “participação comunitária” que nesse sentido advém do termo comunidade e refere-se a um agrupamento de pessoas que coabitam num mesmo ambiente, em condições sociais e culturais homogêneas, predispostas a solidariedade coletiva e ao trabalho voluntário e de auto-ajuda (CARVALHO, 1995 apud CARVALHO, PETRIS e TURINI, 2001).

Na década de 1970, o modelo da medicina comunitária se fortaleceu no Brasil, pois os serviços de saúde vinculados à previdência social não eram suficientes para atender a demanda da população, especialmente aqueles que estavam à margem do sistema. A participação comunitária passou a ser entendida como passaporte para melhorias sociais. Apesar da falta de liberdade nos anos 70, algumas experiências da participação comunitária

transformaram-se em práticas de organização e politização comunitárias contestatórias da situação dominante, na perspectiva da construção de um projeto sanitário contra hegemônico (CARVALHO, PETRIS e TURINI, 2001).

Surgiu no início dos anos 80, outro termo para designar a participação da população no Brasil – “participação popular”. A participação popular tem o sentido de combate ao Estado e representa o aprofundamento da crítica e a radicalização das práticas políticas de oposição ao sistema dominante. O “povo” é entendido como a parcela da população excluída do acesso aos bens e serviços. Os movimentos e organizações populares se multiplicam na área da saúde, alguns ligados à igreja, outros a associações e sindicatos e todos com o objetivo de transformação das políticas práticas sanitárias e do sistema de saúde (Ibidem, 2001).

Os movimentos populares em saúde, segundo Gerschman (1995), tiveram suas origens nos bairros pobres das periferias das grandes cidades e nas favelas dos centros urbanos industriais.

A participação no sistema de saúde foi um dos eixos do debate da VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 com uma ampla participação dos setores organizados da sociedade civil. O controle social do sistema é apontado por Eugenio Vilaça Mendes como um dos princípios orientadores da reformulação do Sistema Nacional de Saúde. Este debate não só surgiu nas propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, como se ampliou no processo de preparação da Assembléia Nacional Constituinte, em 1988. Em setembro de 1990, após duras pressões, foi publicada a Lei Orgânica da Saúde (LOS), nº 8.080 que passou a regulamentar o SUS. Entretanto, durante o processo de promulgação a Lei sofreu 25 vetos do Presidente da República dentre eles, os artigos relacionados à participação popular. Meses depois, este tema e os demais vetados anteriormente, foram definidos na Lei Complementar 8142/90 (CORREIA, 2000).

A Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (ANEXO 2) dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, instituindo duas instâncias colegiadas em cada esfera de governo (federal, estadual e municipal): as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde.

Quanto as Conferências de Saúde, consta em seu inciso 1º que:

A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 2004 b, p.1).

A mesma Lei também dispõe sobre os Conselhos de Saúde em seu inciso 2º:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 2004 b, p.1).

Os canais institucionalizados de participação na política de saúde, até 1987, eram as Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde (CIMS), e estruturas colegiadas e criadas pelas Ações Integradas de Saúde (AISs), de composição meramente institucional, com o objetivo de articular as instituições. Com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), essas comissões passam a ser abertas à participação da sociedade civil organizada e adquirem o novo papel de ‘gestoras do sistema’. A participação da sociedade foi limitada, por não ter sido resultado de pressão popular e pela fragilidade das organizações populares que permitiram que o poder público escolhessem os seus próprios representantes (CORREIA, 2000).

3.2.1. As Conferências

As Conferências de Saúde são instâncias colegiadas de participação social de que trata a Lei 8.142/90, que avaliam a situação saúde e propõem diretrizes para a formulação de sua política nas esferas de governo correspondentes. Mesmo não tendo poder deliberativo, as conferências tem legitimidade, mobilizam entidades e organizações da sociedade e os trabalhadores da área nos municípios e nos estados. Constituem canais democráticos e participativos, abrem espaços para avaliação, discussão e proposição, no âmbito local, por quem faz, administra e usa os serviços de saúde e permitem a articulação das questões locais com os determinantes gerais das políticas de saúde (CORREIA, 2000).

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi um marco histórico na reformulação do sistema de saúde do país, nos anos seguintes outras conferências nacionais foram realizadas, sempre com o objetivo de estruturar e reavaliar o SUS.

A IX Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 9 de agosto de 1992, cujo tema central foi “Municipalização é o caminho”, as propostas giraram em torno das exigências do cumprimento das leis orgânicas da saúde, do fortalecimento da descentralização e do controle social. Destacaram-se, neste sentido, propostas que detalhariam as atribuições dos conselhos, fortalecendo o papel do controle social sobre a política de saúde e sobre os recursos da saúde.

Uma proposta relevante apontada na conferência foi relacionada com a homologação das decisões do Conselho pelo Executivo, para que as decisões retornassem ao Conselho para apreciação caso a decisão não fosse homologada pelo órgão competente, constituindo num meio de impedir o descaso do gestor com as deliberações do Conselho (CORREIA, 2000).

A X Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em setembro de 1996 trouxe como tema “SUS - Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”. Nesta conferência foram apresentadas 35 propostas acerca do controle social, sendo que a maioria se concentrou na legitimação da atuação dos conselhos sobre os recursos da saúde:

Os Conselhos de Saúde devem controlar a administração das contas correntes dos Fundos de Saúde, devendo ter acesso aos extratos bancários das mesmas, devendo solicitar auditorias especiais ao Tribunal de Contas ou ao Sistema Nacional de Auditoria, caso sejam constatadas irregularidades.

O Conselho Nacional de Saúde deve tomar as medidas necessárias para a criação de legislação que permita a quebra do sigilo bancário das contas dos Fundos de Saúde e de seus administradores a partir de solicitação dos Conselhos de Saúde, quando forem constatadas irregularidades (Brasil, 2004 c).

Passados dez anos de esforços para implantação do SUS, em dezembro de 2000, foi realizada a XI Conferência Nacional de Saúde, tendo como tema central “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na atenção à Saúde, com Controle Social”. Foi um momento de balanço na primeira década de existência do SUS, os participantes puderam avaliar questões referentes a operacionalização do sistema de saúde e ao exercício do controle social neste período, indicando os avanços e os desafios para alcançar a efetivação dos mesmos. Ficou entendido que houve um avanço significativo no controle social do SUS, como fruto de mobilizações e lutas, o que contribuiu para a melhoria no acesso, na qualidade e na humanização da atenção à saúde. Os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) foram os mecanismos de controle social que mais avançaram na aproximação com as necessidades e demandas dos cidadãos. Ainda assim, foram apontados diversos aspectos que dificultavam os mecanismos de controle social, tais como

(...) a falta de legitimidade de alguns conselhos municipais e irregularidades na sua composição; a desarticulação dos Conselhos com a sociedade, com os poderes instituídos e com outros conselhos (...); a falta de capacitação de gestores e conselheiros (falta de informação quanto aos princípios e legislação do SUS relativos aos cidadãos de forma geral; deficiência de capacitação dos conselheiros) (...) (BRASIL, 2001, p.50).

Para garantir maior atenção a estes aspectos que significavam entraves ao exercício do controle social, o relatório final da XI Conferência Nacional de Saúde delineou vinte e cinco proposições com o objetivo justamente de intervir em todos os aspectos que direta e indiretamente interferiam no princípio da participação popular,

(...) em relação à articulação e ampliação dos Conselhos, os participantes da Conferência indicam a necessidade de estimular a criação nos Conselhos, de fóruns de representantes por segmentos. Da mesma forma objetivando fortalecer a representatividade dos conselheiros sugerem a criação de instrumentos e mecanismos (distribuição de pautas, atas e relatórios) que garantam que os conselheiros prestem contas sistematicamente das proposições encaminhadas e posições assumidas às bases que os/as elegeram, buscando sempre subsídios para votar de acordo com as posições do coletivo que representam (...) implementar cursos de capacitação de conselheiros respeitando as características regionais e locais, mas orientado por calendário nacional unificado de formação de conselheiros, pactuado pelas três esferas do governo (...) (BRASIL, 2001, p. 66,67).

Três anos mais tarde, em dezembro de 2003, ocorreu a XII Conferência Nacional de Saúde que foi denominada de “Conferência Sérgio Arouca” em homenagem ao coordenador geral da Comissão Organizadora e então Secretário de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, o sanitarista Sergio Arouca.¹

A Conferência teve como eixo central o tema “Saúde: um direito de todos, um dever do estado - a Saúde que temos, o SUS que queremos” e de acordo com seu regimento, foi configurada em torno de dez eixos temáticos: direito à saúde; a seguridade social e a saúde; a inter-setorialidade das ações de saúde; as três esferas de governo e a construção do SUS; a organização da atenção à saúde; controle social e gestão participativa; o trabalho na saúde; ciência e tecnologia e a saúde; financiamento da saúde; informação e comunicação em saúde.

Durante a Conferência, mais uma vez entraram na pauta dos debates, os Conselhos de Saúde, enquanto espaço para o controle social. Apesar de serem reconhecidos, continuavam enfrentando obstáculos importantes, dentre os quais a falta de caráter deliberativo na maior parte dos municípios e estados, as precárias condições de infra-estrutura e operacionais, a ausência de outras formas de participação, a falta de uma cultura de transparência e de difusão de informações na gestão pública, além da baixa representatividade e legitimidade de alguns conselheiros nas relações com seus representados. Os participantes buscaram na formulação de suas proposições abranger estratégias para qualificar o controle social do SUS, envolvendo o fortalecimento e a estruturação de uma rede de conselhos de Saúde, bem como uma ação sinérgica e inclusiva que incorpore os movimentos sociais organizados. Emergiu também nesta ocasião, a necessidade de criação de mecanismos eficientes de escuta dos cidadãos usuários e da população em geral, reformulando o conceito e a dinâmica das ouvidorias do SUS, permitindo uma maior publicização e transparência das prestações de contas e dos

¹ Médico sanitarista, foi presidente da histórica VIII Conferência Nacional de Saúde, presidente da Fiocruz e consultor da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), entre tantas outras atividades exercidas durante sua trajetória no cenário público brasileiro. Sobretudo, foi um ativista do movimento pela reforma sanitária e esteve sempre vinculado com as propostas de democratização da sociedade brasileira e na defesa da saúde como direito de todos. Arouca faleceu em setembro de 2003. (FIOCRUZ, 2004).

relatórios de gestão. Estes fatores eram entendidos como contributivos para a qualificação da administração pública ampliando o seu comprometimento com a participação popular e a gestão participativa (BRASIL, 2004 d).

3.2.2. Os Conselhos de Saúde.

Como foi referenciada anteriormente, a Lei 8.142/90 dispõe sobre os Conselhos de Saúde enquanto instâncias colegiadas para formalizar a participação social na perspectiva do controle social sobre os recursos públicos de saúde. Portanto, compete ao Conselho atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde nas esferas correspondentes à atuação dos mesmos. Ao mesmo tempo em que a lei garante caráter deliberativo aos Conselhos, aumenta o seu poder e conseqüentemente o poder da sociedade nele representada, ela restringe tal poder à ‘permissão’ dos dirigentes do SUS, pois, submete as decisões nele tomadas à homologação do chefe do poder legalmente instituído (CORREIA, 2000).

O dirigente do SUS é quem detém a competência para homologar decisões do Conselho de Saúde. Mas nem todas as decisões deliberadas pelo Conselho são passíveis de homologação. Devem ser homologadas apenas as deliberações normativas que impliquem a adoção de medidas administrativas de alçada privativa do dirigente do SUS, tais como: questões ligadas a reorganização administrativa, à aprovação do plano de saúde, a fixação de critérios e diretrizes da política de saúde, modificação de programas, prestação de contas, etc (...) (BRASIL, 1994, p.31).

Correia (2000), alerta para o fato das decisões estarem sujeitas às homologações do Executivo representando o controle por parte deste sobre as decisões do conselho, restituindo o poder do gestor no momento de homologar as decisões condizentes com o seu interesse. Entretanto, o mais importante está na maior acessibilidade à gestão e a exposição dos impasses para apreciação pública, fato este que diminui a possibilidade do gestor ir de encontro a uma decisão do conselho sem uma justificativa plausível.

No que diz respeito à composição dos conselhos, a lei define a paridade entre o número de usuários e os demais segmentos, ou seja, 50% dos representantes do conselho devem ser de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços públicos e prestadores de serviços privados, somando outros 50% da representação total. Segundo a Resolução 33/92, do Conselho Nacional de Saúde, os conselhos não devem possuir menos de 10, nem mais de 20 membros e os representantes dos usuários nos conselhos devem ser indicados pelas entidades ou movimentos a que pertencem (WENDHAUSEN, 2002).

O segmento dos usuários, conforme a lei, deverá ser composto por representantes de organismos ou entidades privadas, ou de movimentos comunitários, organizados como pessoas jurídicas, que lutam na defesa de interesses individuais e coletivos na área social ou econômica, ou escolhidos nas Conferências de Saúde. Devem ser representantes do segmento dos usuários aqueles que não possuam condições para serem escolhidos representantes de qualquer um dos demais segmentos (BRASIL, 1994).

Os representantes do Governo são aqueles de órgãos ou entidades de Administração pública, podem ser originários do Governo Municipal, Estadual ou Federal. Os prestadores de serviços são representantes das instituições que atuam no setor de assistência à saúde, prestando serviços, atendendo à população. Os profissionais de saúde incluem todos os responsáveis pelas atividades de assistência à saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e outros) e todos profissionais responsáveis pelas atividades técnico administrativas dos órgãos e entidades públicas ou privadas do setor saúde (Ibidem, 1994).

“Os representantes no Conselho de Saúde serão indicados, por escrito, pelos seus respectivos segmentos entidades, de acordo com a sua organização ou de seus fóruns próprios e independentes” (BRASIL, 1994, p.6).

Na sua quinta diretriz, a Resolução Nº 333 do Conselho Nacional de Saúde, de 04 de novembro de 2003 (ANEXO 3), define as competências dos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal:

I - Implementar a mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social de Saúde.

II - Elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento.

III - Discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde.

IV – Atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado.

V - Definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços.

VI - Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros.

VII - Proceder à revisão periódica dos planos de saúde.

VIII - Deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os em face do processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos, na área da Saúde.

IX - Estabelecer diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS, tendo em vista o direito ao acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade dos serviços, sob a diretriz da hierarquização/regionalização da oferta e demanda de serviços, conforme o princípio da equidade.

X - Avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS.

XI - Avaliar e deliberar sobre contratos e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais.

XII – Aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (artigo 195, § 2º da Constituição Federal), observado o princípio do processo de planejamento e orçamentação ascendentes (artigo 36 da Lei nº 8.080/90).

XIII - Propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos.

XIV - Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União.

XV - Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento.

XVI - Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar os indícios de denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente.

XVII - Examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho, nas suas respectivas instâncias.

XVIII - Estabelecer critérios para a determinação de periodicidade das Conferências de Saúde, propor sua convocação, estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, explicitando deveres e papéis dos conselheiros nas pré-conferências e conferências de saúde.

XIX - Estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde e entidades governamentais e privadas, visando à promoção da Saúde.

XX - Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde, pertinentes ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

XXI - Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões.

XXII - Apoiar e promover a educação para o controle social. Constarão do conteúdo programático os fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e competências do Conselho de Saúde, bem como a Legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento.

XXIII - Aprovar, encaminhar e avaliar a política para os Recursos Humanos do SUS.

XXIV - Acompanhar a implementação das deliberações constantes do relatório das plenárias dos conselhos de saúde (BRASIL, 2004 e).

No processo de estruturação dos Conselhos de Saúde, instrumento de efetivo exercício do controle social do SUS, embora tenham ocorrido avanços administrativos e jurídicos, não houve, por parte dos setores sociais envolvidos, a preocupação com a implementação de mecanismos de controle e avaliação do funcionamento dos mesmos. Ainda que seja possível avaliar quantitativamente, a partir dos registros administrativos das Secretarias e Departamentos de Saúde, pouco se sabe sobre os aspectos qualitativos de sua implementação. Neste contexto, são apontados quatro aspectos do processo de controle social do SUS, considerados como limitadores do seu desenvolvimento: a transformação, na prática, dos conselhos em estruturas meramente consultivas; o atrelamento dos conselhos às estruturas formais das Secretarias e Departamentos de Saúde; a dificuldade dos conselhos instituídos estabelecerem objetivos que representem as reais aspirações da sociedade e a dificuldade de acesso dos conselheiros às informações de saúde (CARVALHO, PETRIS e TURINI, 2001).

Ou ainda, ocorrem limitações mais graves, como aquelas evidenciadas por Gonçalves e Almeida (2002) que em estudo realizado no Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SP) apontam que a participação social nestes colegiados estaria apenas formalizando o processo de participação social no SUS, não atuando como instância real de poder participativo devido a pouca experiência no exercício da participação política em espaços concretos com poder de deliberação, assumindo a atitude submissa frente às autoridades. Os Secretários Municipais exercem tutela sobre os conselheiros inibindo a participação política, o que pode diminuir a expectativa dos membros levando ou ao esvaziamento do espaço de decisões ou à adaptação conformada (burocratização da participação).

Segundo Mafioletti (1997), para que ocorra o controle social são necessários mecanismos que a sociedade civil politicamente organizada deve usar para pressionar o Estado, no sentido de ampliar e efetivar a participação de maneira igualitária, equitativa e paritária, nas diversas instâncias colegiadas, buscando a defesa de seus interesses e necessidades. O controle social dos serviços de saúde representa um estágio elevado da sociedade organizada refletindo num real poder da população em interferir e modificar os rumos políticos, planos e programas de saúde.

Na história de democratização das políticas de saúde, o controle social é um dos campos que construiu visibilidade aos movimentos de saúde pela denúncia das ausências e omissões e pela luta em construir um espaço regular para o exercício do controle nos serviços e nas burocracias da gestão da saúde (SPOSATI e LOBO, 1992).

O controle social em saúde, apesar de institucionalizado, não garante a igualdade de oportunidade de acesso ao poder, nem tampouco elimina as desigualdades de caráter reivindicatório entre os diversos segmentos sociais (CARVALHO, PETRIS e TURINI, 2001).

3.2.3. Os Conselhos Locais de Saúde

Para Campos et al. (2003), deve-se respeitar o fato de que cada comunidade é única e redefiní-las como uma categoria da realidade social, com atores capazes de determinar e intervir sobre seus reais problemas. A constituição dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) segue a lógica da delimitação das áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS), entendendo-as como espaços de discussão onde as pessoas tenham poder de decisão sobre as políticas a serem desenvolvidas, e podem constituir instrumentos importantes para a descentralização do SUS.

Lopes e Almeida (2001), ao estudar a situação dos CLS da zona urbana do município de Londrina (PR), apontaram avanços e lacunas no processo de estruturação destes Conselhos. Os autores identificaram algumas necessidades, como por exemplo, da ampliação do número de conselhos e o fortalecimento dos existentes, mesmo os CLS considerados atuantes não possuem infra-estrutura e seus conselheiros não têm muita clareza dos objetivos e funções a serem desempenhadas. Os conselheiros demonstraram avanços na compreensão da finalidade de um CLS, porém, a Lei Municipal é mais ampla e aborda atribuições que não foram descritas por eles. Também não aparecem falas que refletissem sobre a construção de propostas concretas para os problemas levantados. Os conselheiros revelaram encontrar internas ao conselho: falta de estrutura física e financeira, falta de organização interna, problemas de relação interna e falta de participação dos próprios conselheiros. As categorias externas aos conselhos foram as dificuldades ligadas à comunidade, aos profissionais de saúde e outras organizações populares e órgãos públicos. Os conselheiros sugerem um Conselho Municipal de Saúde (CMS) mais participativo e integrado, que acate as decisões tomadas pelos conselhos e conferências, sendo mais resolutivo e atuante junto ao poder público, reformulando a própria estrutura e contribuindo para a modificação do modelo assistencial vigente.

Oliveira (2001), estudando as experiências dos Conselhos Locais /Conselhos Populares de Saúde do município de Criciúma (SC) analisa que estes estão ocorrendo de forma processual, com momentos de conquistas e outros marcados por retrocessos. Ainda assim, a autora considera estes espaços como uma das formas de resistência, de contra

hegemonia às propostas hegemônicas que representam o interesse do capital ao longo da história. Os aspectos limitadores destes conselhos perpassam por vários aspectos, desde os organizacionais e de funcionamento, até as questões de mobilização, participação e do processo de construção de uma consciência sanitária.

Voges e Abreu (2003), desenvolveram uma experiência de caráter participativo, emancipatório e democrático no processo de implantação de um CLS no município de São José (SC). Ao analisar a participação popular no controle social no SUS, as autoras percebem que a falta de conhecimento e a dificuldade por parte dos usuários em diagnosticarem seus próprios problemas dentro da comunidade, constituem uma grande barreira para a efetivação dos conselhos de saúde. É comum deparar-se com a falta de clareza dos conselheiros quanto aos objetivos dos conselhos e as funções a serem desempenhadas por eles, realizando geralmente ações pontuais, sem conhecimento do perfil epidemiológico da comunidade e sem maiores preocupações com a mudança do modelo assistencial.

Trabalhando no processo de reestruturação de um CLS em Florianópolis (SC), através de reflexões a partir das causas de desativação do conselho, Campos et al. (2003), observaram que a necessidade de capacitação é premente, a fim de dirimir equívocos quanto à ação de um CLS. Através do aprendizado poderão ser definidos os papéis de cada um enquanto Conselheiros Locais de Saúde, para que não haja supervalorização desta representação, como também a diminuição da opressão criada nas classes carentes e, conseqüentemente, da capacidade e discussão dos conselheiros. O Conselho Local é o espaço legítimo e o fórum ideal para guiar as discussões acerca de saúde, pois reúne todos os atores envolvidos nesse processo. Os autores constataram que a participação nas decisões precisa ser mais valorizada do que a participação nas ações, não como forma do saber apenas pela incorporação da experiência popular, mas garantindo a reordenação do serviço, indo ao encontro da real necessidade da comunidade e tornando os partícipes co-responsáveis pelo processo.

No município de Florianópolis (SC), os CLS surgiram legalmente através da Resolução Nº 01 do Conselho Municipal de Saúde, de 11 de maio de 2000 (ANEXO 4). Atualmente, o município tem implantados 22 Conselhos Locais de Saúde.

De acordo com esta Resolução, os CLS devem,

Tomar conhecimento da realidade da comunidade, do bairro e do Centro de Saúde; definir junto a população, à administração e os trabalhadores de saúde, as ações de saúde que devem ser feitas na área de abrangência do Centro de Saúde; acompanhar e avaliar o trabalho desenvolvido no Centro de Saúde propondo melhorias; possibilitar a população sobre informações sobre a saúde local; ter acesso às informações técnicas, administrativas, orçamentárias e operacionais do Centro de Saúde; discutir os recursos humanos, materiais e condições de trabalho necessárias para desenvolver de forma adequada as ações; propor treinamento e reciclagem para

os funcionários; buscar e cobrar informações no CMS e outros órgãos competentes; discutir ações de saneamento básico, meio ambiente, educação, condições de moradia e outros para fortalecer a mobilização de toda população; propiciar maior integração entre os trabalhadores de saúde e a população, pois todos lutam pelos mesmos objetivos (FLORIANÓPOLIS, 2000).

Como trabalho investigativo junto aos Conselhos Locais de Florianópolis, a pesquisa empreendida por Farias e Verdi (2004), foi um estudo pioneiro que buscou caracterizar o perfil dos Conselheiros Locais de Saúde, bem como conhecer a sua percepção acerca de seu papel e do processo de implantação dos CLS como estratégia de controle social no SUS, no sentido de mostrar as fragilidades, dificuldades e potencialidades da composição, da atuação e capacitação destes conselheiros. As autoras fazem uma importante reflexão sobre a questão da pouca participação nos conselhos, principalmente de representantes dos usuários na composição destes. Na realidade cotidiana dos conselhos, o princípio da participação comunitária fica altamente prejudicado denotando uma fragilidade no processo de organização do controle social no SUS, pois se percebe que não há investimento por parte dos conselheiros como condutores do processo na mobilização, motivação e preparação da comunidade para integrar-se nesta representação. Porém, é preciso avaliar um ponto importante neste contexto: não há como esperar destes conselheiros este investimento se, eles próprios se sentem desmotivados com a atuação de seus conselhos. As justificativas apontadas pelos conselheiros para este fato vão desde a falta de participação dos membros que compõem apenas com o “nome” os conselhos, como o pouco conhecimento acerca de seus papéis e suas funções, bem como não conhecem a verdadeira finalidade do CLS, até a demora e a falta de respostas para seus encaminhamentos aos órgãos competentes. Este emaranhado de fatores desestimula a participação dos conselheiros que passam a desacreditar no potencial de ação dos Conselhos Locais e o significado de sua participação é apagado pelas dificuldades enfrentadas e pela falta de conhecimento que os instrumentalizaria para superar estes entraves.

CAPÍTULO 4

BASES TEÓRICO-METODOLÓGICAS DO PROCESSO EDUCATIVO

4. BASES TEÓRICO-METODOLÓGICAS DO PROCESSO EDUCATIVO

Para nortear o desenvolvimento desta prática assistencial que focalizou o processo de educação em saúde junto a Conselheiros Locais de Saúde na construção do controle social do SUS e a atuação da enfermagem neste contexto, o referencial teórico de Paulo Freire (1987), em associação com alguns elementos do Processo de Trabalho de Educação em Saúde de Ramos Gonzaga (1992 e 1999), nos ofereceu a sustentação teórico-metodológica necessária para contemplar os diferentes requisitos que esta temática e prática exigem na sua elaboração.

Neste capítulo, inicialmente, faremos uma abordagem biográfica sobre o educador Paulo Freire, em seguida apresentamos os conceitos que expressam o nosso entendimento e nossa visão acerca dos principais aspectos que compuseram o contexto do nosso trabalho, e por fim, os pressupostos que orientaram nossa prática a partir da concepção que assumimos como guia para nossa atuação.

4.1. Freire: Educador, Escritor, Ser Humano

Paulo Freire nasceu em Recife (PE), em 1921, e conheceu desde cedo a pobreza do Nordeste brasileiro. Desde a adolescência engajou-se na formação de jovens e adultos trabalhadores. Formou-se em Direito, mas não exerceu a profissão, preferindo os projetos de alfabetização. Quando ainda se pensava na educação de adultos como pura reposição dos conteúdos transmitidos às crianças e jovens, Paulo Freire propunha trabalho, pedagogia e política.

O pensamento de Freire surgiu num contexto de milhões de analfabetos que como ele chamava, viviam na ‘cultura do silêncio’, era preciso ‘dar-lhes a palavra’ para que ‘transitassem’ para a participação na construção de um Brasil que fosse dono do seu próprio destino e superasse o colonialismo. As primeiras experiências do método Paulo Freire começaram na cidade de Angicos (RN), em 1963, onde 300 trabalhadores rurais foram alfabetizados em 45 dias. No ano seguinte, Freire foi convidado pelo Presidente João Goulart e pelo Ministro da Educação, para repensar a alfabetização de adultos em âmbito nacional.

Em 1964, estava prevista a instalação de 20 mil ‘círculos de cultura’ para 2 milhões de analfabetos. O golpe militar interrompeu os trabalhos no seu início e reprimiu a mobilização conquistada.

Freire foi exilado pela Ditadura Militar de 1964, porque a Campanha Nacional de Alfabetização estava conscientizando imensas massas populares que incomodavam as elites conservadoras brasileiras. Depois de passar alguns dias na Bolívia, foi para o Chile, onde viveu de 1964 a 1969 e pôde participar de importantes reformas conduzidas pelo governo democrata cristão do país, participando também na formação de técnicos para apoiar o processo de mudanças no setor agrário. Os educadores de esquerda apoiavam a sua filosofia educacional, mas foi a oposição da direita, que fizeram Paulo Freire deixar o Chile. Depois de passar quase um ano em Harvard, no início de 1970, foi para Genebra onde completou 16 anos de exílio. Ele voltou ao Brasil definitivamente em 1980, sendo que o contato com a situação da classe trabalhadora brasileira e com o Partido dos Trabalhadores deu um vigor novo ao seu pensamento (Gadotti, 1996).

A obra de Paulo Freire, publicada e conhecida internacionalmente, é composta por livros solos ou em parcerias, ensaios e artigos em revistas especializadas, entrevistas a rádios, tvs, jornais e revistas, conferências, orientações de teses, sumários e debates em universidades em todo o mundo. *A Pedagogia do Oprimido* é sua obra mais importante, traduzida em mais de vinte idiomas. Freire publicou outros livros, que alcançaram grande repercussão a exemplo de: *Educação como prática de liberdade*, *Educação e mudança*, *Pedagogia da esperança* e *Política e educação* (Freire, 1996).

Semblante calmo, cabelos longos e barbas brancas, estatura mediana, corpo magro, olhos cor de mel e sua constante disposição para trocar experiências, para dialogar, sobretudo quando está explicitando suas idéias sobre educação ou discutindo as de outros, são algumas de suas características marcantes. São igualmente significativos seu olhar forte, meigo, profundo, comunicante e os gestos, sempre expressivos, de suas mãos. O olhar e os movimentos das mãos revelam os desejos e espantos de sua alma eternamente apaixonada pela vida. Quem conheceu Freire dificilmente se esquecerá destes traços que traduzem sua personalidade segura, terna e comunicativa (Freire, 1996 p.67).

4.2. Os Conceitos

Ser Humano

O ser humano é um ser histórico e inacabado, inconcluso e consciente de sua inconclusão, em e com uma realidade que, sendo histórica, também é igualmente inacabada (FREIRE, 1989).

O ser humano é um ser de relações e não só de contatos, não apenas está no mundo, mas com o mundo, resultante de sua abertura à realidade. A posição normal do ser humano no mundo não se esgota em mera passividade, o ser humano pode ser eminentemente interferidor, não sendo permitido ser apenas um espectador, como quem tivesse negado o direito de modificar a realidade por sua interferência nela (FREIRE, 1983).

(...) gosto de ser homem, de ser gente, porque sei que a minha passagem pelo mundo não é predeterminada, preestabelecida. Que meu 'destino' não é um dado, mas algo que precisa ser feito e de cuja responsabilidade não posso me eximir. Gosto de ser gente porque a história em que me faço com os outros e de cuja feitura tomo parte é um tempo de responsabilidade e não de determinismo (...)

Gosto de ser gente porque, inacabado, sei que sou um ser condicionado mas, consciente do inacabamento, sei que posso ir além dele (...) (FREIRE, 1997, p.58-59).

Sociedade

Sociedade é conjunto de fenômenos sociais totais, ao mesmo tempo os mais vastos e os mais significativos, os mais ricos de conteúdos e de ascendência numa dada realidade. É concebida como uma realidade heterogênea, dinâmica e mutável, um campo de interações e conflitos. A sociedade é reprodução, adaptação e criação, o produto de si mesma. (GURVICH, 1968 e TOURIANE, 1973 apud AMMANN, 1978).

Sendo o ser humano um ser social, a partir da sua relação com os outros seres humanos constituindo um processo histórico, a sociedade é a totalidade das relações das quais o ser humano faz parte, o conjunto das relações sociais que os seres humanos estabelecem entre si e com a natureza num processo dinâmico e dialético (VERDI e SILVA, 1991).

Processo Saúde Doença

O processo saúde-doença é compreendido como resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma dada sociedade, sendo a qualidade de vida uma condição da existência dos homens no seu viver cotidiano, seja individual ou coletivo. Deste modo, saúde implica num produto social resultante de fatos sociais, econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos, de caráter processual e, portanto, sempre em transformação (MENDES apud VERDI, 2003).

As necessidades de saúde são determinadas pela estrutura social na forma como se expressam, e são percebidas pela sociedade na forma como serão entendidas pelo sistema de saúde e pelos processos específicos de trabalho em saúde, destacando-se neste contexto a enfermagem (VERDI e SILVA, 1991).

Enfermagem

Como prática social, a enfermagem assume diferentes dimensões, a assistencial, a administrativa e a organizativa e todas permeadas pelas práticas educativas (VERDI e SILVA, 1991).

Na perspectiva de um processo de trabalho, a enfermagem enquanto processo de ‘educar’ se diferencia de outros, como ‘cuidar’ ou ‘administrar’, sem distinguir ou isolar uma prática das outras. Saúde e educação estão socialmente articuladas, o enfermeiro como profissional da saúde, deve assumir os reflexos dessa articulação em sua prática (RAMOS, 1999).

Educação

A educação não pode ser um ato de transferir, ou transmitir ‘conhecimentos’ e valores aos educandos, mas um ato de criar as possibilidades para sua construção. Deve ser uma prática libertadora superando as contradições educador-educando, usando o diálogo como principal instrumento para essa superação. Educador e educando se tornam sujeitos do processo educativo e crescem juntos, os homens se educam em comunhão mediatizados pelo mundo (FREIRE, 1987).

Processo Educativo em Saúde

O processo educativo em saúde pode ser entendido como um processo específico de trabalho dos trabalhadores de saúde, com características gerais do trabalho humano, intencionalidade, sociabilidade, capacidade de dividir-se em momentos mais ou menos intelectuais, componentes políticos mediando a relação entre as necessidades geradoras de trabalho e a própria realização do mesmo. O processo educativo em saúde tem como objeto de trabalho a práxis cotidiana-conservadora e como finalidade a sua transformação em práxis crítico-criativa, através de um contínuo processo que une dialeticamente reflexão e ação. Pelo conhecimento o ser humano se apropria do mundo, este conhecimento ocorre à medida que a realidade é construída (GONZAGA, 1992).

As práticas educativas em saúde se constituem em,

(...) um encontro de sujeitos, um processo de relações interpessoais, onde profissionais e população se percebem, trocam e crescem como sujeitos. Percebem-se em suas marcas pessoais, suas diversidades, suas histórias de vida, seu cotidiano.

Trocam percepções, conhecimentos e estratégias de ação sobre este cotidiano. Crescem à medida que se realizam como sujeitos de suas vidas, ao mesmo tempo que praticam o processo onde 'o outro sujeito nasce', o processo de construção do sujeito coletivo. Esse processo implica a ruptura com a posição profissional como reprodutor ou como reformador impotente que, obrigado em suas referências teóricas e técnicas, protegem-se do imprevisível cotidiano dos assistidos. Implica a renúncia à autoridade *a priori*, à norma *a priori*, à certeza, à imposição de ações educativas pré-definidas, à clientela elegível (RAMOS, 1991 p.51).

Diálogo

É o caminho pelo qual os homens ganham significação enquanto homens, tornando-se em uma exigência existencial. É o encontro onde se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado. Em um ato de criação sem diálogo, não há comunicação e sem esta não há verdadeira educação (FREIRE, 1987).

Participação

Participação é conquista para significar que é processo infindável, em constante vir a ser, sempre se fazendo. É conquista em sentido de defesa de interesses adversos, não há como evitar confronto entre um lado que tem mais e um lado que tem menos, participar significa redistribuir bens e poder, dessa forma a participação é outra forma de poder (DEMO, 1996).

Compreende-se, então, participação como um processo que se expressa no cotidiano da dinâmica social, em que supõe-se o conhecimento das necessidades básicas da população, auto-valorização das pessoas e da cultura a que pertencem. Expressa a necessidade básica do direito à cidadania através de uma política social concreta. Uma prática social consciente em que os profissionais de saúde podem trabalhar sua própria práxis, para que ocorra o exercício da participação popular com as definições das reais necessidades de saúde da população (HEIDEMANN, 1994, p.13-14).

Cidadania

“Cidadania é a qualidade social de uma sociedade organizada sob a forma de direitos e deveres majoritariamente reconhecidos” (DEMO, 1996, p. 70).

Cidadania pode ser entendida como uma qualidade, um processo e um papel, contemplando os direitos e deveres do ser humano na sociedade. Os profissionais que trabalham com educação e saúde podem partir de uma prática educativa para construir uma sociedade mais justa (ELSEN et al, 1992).

Práxis

Práxis é a ação humana ou atividade concreta e transformadora sobre a natureza (objeto natural), sobre produtos materiais (objetos produzidos em uma práxis anterior) e sobre o próprio homem (objeto humano-social). Como atividade material e objetivante, a práxis se diferencia de qualquer atividade prática geral pelo seu caráter simultaneamente objetivo e subjetivo, ou seja, por ser atividade teórico-prática (irredutível a apenas uma de suas dimensões) realização guiada pela consciência que por sua vez, é guiada pela realização (RAMOS, 1999, p. 55-56).

Controle Social

O Controle Social é a tentativa de estabelecer uma nova relação entre Estado e sociedade, o que implica de um lado, a abertura do Estado para que a sociedade participe das decisões e, de outro, na competência dos segmentos sociais para o pleno exercício de seus direitos. Portanto, controle social passa pelo controle exercido pelo conjunto da sociedade organizada sobre as ações do Estado, no sentido de buscar o benefício do conjunto de todos permanentemente (CARVALHO, PETRIS e TURINI, 2001).

4.3. Pressupostos

Fundamentadas nas idéias apresentadas por Freire (1987 e 1996) e Ramos Gonzaga (1992 e 1999) e legemos alguns pressupostos com o objetivo de direcionar a aplicação dos elementos que compõe o processo educativo como um todo, na orientação da nossa prática.

- O educador enquanto educa, é educado em diálogo com o educando, que ao ser educado também educa.
- A reflexão crítica sobre a prática se torna uma exigência da relação teoria/prática, sem a qual a teoria perde seu sentido de ser e a prática se torna ativismo.
- Aprender criticamente implica na presença de educadores e educandos criadores, instigadores, inquietos e rigorosamente curiosos, humildes e persistentes.
- Educar exige respeito aos saberes socialmente construídos dos educandos.
- A educação é uma prática social, histórica e politicamente situada, que se articula com as demais práticas sociais e se torna alienável do processo de trabalho em saúde.
- O enfermeiro é um dos profissionais de saúde que tem a educação como processo particular de trabalho.

- Conhecimento e ação estão articulados no processo educativo e, a partir da reflexão sobre o cotidiano e sobre a práxis individual e coletiva, constroem-se o conhecimento novo e a possibilidade de transformação da própria práxis.
- O processo de trabalho de educação em saúde que vise a capacitação para uma práxis crítica e criativa requer desenvolver-se não apenas do ponto de vista técnico, mas, principalmente do ponto de vista teórico e político.
- A capacitação técnica e política dos Conselheiros Locais de Saúde se constituem num importante instrumento para a mobilização e participação dos mesmos.
- Conscientes de seus papéis e funções, os Conselheiros Locais de Saúde conquistam maior autonomia para sua atuação.
- A participação popular engloba conhecimento, motivação e oportunidade, sendo que os três fatores coexistem entre si.
- O Controle Social, enquanto conquista para participação popular do sistema de saúde, deve ser exercido integralmente pela sociedade.

4.4. O Processo de Trabalho de Educação em Saúde

Ramos Gonzaga (1992 e 1999), a partir de sua interpretação de referenciais acerca do processo de trabalho e da educação em saúde, propõe alguns elementos para um referencial teórico metodológico do processo de trabalho de educação em saúde. Em suma, este processo tem como objeto a ‘práxis cotidiana-conservadora’, quando esta se revela numa práxis reiterativa, pouco criativa, pouco espontânea e pouco reflexiva, é apoiada no pensamento comum, imediato e fragmentário acerca da realidade onde o ser humano está inserido em suas relações com natureza e com os outros homens. Toda práxis cotidiana e conservadora possui dinamicidade, carrega em si a possibilidade de sua própria transformação, o conhecimento acerca desta práxis é indispensável para desencadear o desejo de sua transformação.

Assim, a finalidade do processo é a transformação desta práxis em uma ‘práxis crítica-criativa’, que ultrapassa o cotidiano e torna-o criador, espontâneo e reflexivo, através de um contínuo processo de reflexão e ação. A práxis crítica e criativa nunca se dá por alcançada e a finalidade do processo é redefinida ao longo do mesmo. Mesmo como ideal, ou finalidade, ela muda constantemente, a cada passo dado, se vislumbra uma nova sequência de passos futuros, mesmo que resultados reais sejam obtidos ao longo do processo.

O conhecimento inicial e provisório acerca da realidade imediata da vida cotidiana e outros possíveis instrumentos de trabalho constituem a alavanca que mobiliza o processo. Eles se referem não apenas aos recursos técnicos, mas, principalmente aos referenciais que norteiam a prática. No processo de trabalho de educação em saúde, os instrumentos precisam ser socializados e incorporados ao movimento de capacitação dos sujeitos para uma nova práxis.

CAPÍTULO 5

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA



5. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

5.1. Cenário do Processo Educativo

5.1.1. Florianópolis: uma cidade numa ilha

O município de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, tem uma área geográfica de 436,5 km², sendo dividido em duas porções de terra. Uma refere-se à Ilha de Santa Catarina que possui uma área de 424,4 km² distribuída de forma alongada no sentido norte sul, sendo banhada pelo oceano Atlântico, e outra, a porção continental, com área de 12,1 km², que se limita com o município de São José. Unindo as duas porções, existem três pontes: Governador Hercílio Luz (hoje desativada), Governador Colombo Salles (fluxo ilha-continente) e Governador Pedro Ivo Campos (fluxo continente-ilha). O canal sob as pontes é estreito, tendo aproximadamente 500 metros de largura e uma profundidade média de 28 metros, que formam as baías Norte e Sul.

Segundo estimativa do IBGE/ 2002, a população de Florianópolis é de cerca de 360.601 habitantes, distribuídos em 85 comunidades na ilha e 9 comunidades no continente.

Florianópolis tem sua economia alicerçada nas atividades do comércio, prestação de serviços públicos e turismo. Recentemente a indústria do vestuário e a informática vêm se tornando também setores de grande desenvolvimento. Dentre os atrativos turísticos da capital salientam-se hoje, além das belas praias, as localidades onde se instalaram as primeiras comunidades de imigrantes açorianos, como Ribeirão da Ilha, Lagoa da Conceição, Santo Antônio de Lisboa e o próprio centro histórico da cidade (MARTINS et al., 2001).

5.1.2. Saco Grande: o bairro em questão

Com o processo de ocupação da porção insular de Florianópolis, surgem diversos agrupamentos intermediários, dentre os quais, o bairro Saco Grande, em direção ao norte da ilha. O bairro fazia parte do trajeto terrestre que ligava o centro da cidade às localidades de Santo Antônio de Lisboa e Ratones. A estrada que fazia esta ligação é hoje conhecida como Rodovia Virgílio Várzea, que foi a via que facilitou este processo de colonização.

A ocupação ocorreu em função da fertilidade do solo encontrado nas áreas intermediárias entre o manguezal do bairro e suas encostas, e também, a grande quantidade de mananciais aquíferos que descem das encostas dos morros. Os primeiros moradores eram colonos descendentes de açorianos provenientes de outras localidades da ilha, que adquiriram porções de terras distribuídas desde o mangue até o alto das encostas locais (WOSNY, 1994).

A centralização do poder político e administrativo favoreceu o desenvolvimento da economia secundária e terciária na capital, o que ocasionou, com o processo de urbanização, a absorção do contingente descapitalizado da economia primária do interior e da própria capital do Estado. Desprovidos de recursos para se fixarem na região urbana da ilha, passaram a ocupar áreas periféricas da cidade, das quais é destacada a região do bairro Saco Grande (MARTINS et al., 2001).

Devido ao grande desenvolvimento turístico da região norte da Ilha, foram feitos investimentos de infra-estrutura, principalmente, na via de acesso às praias daquela região, ocasionando a construção da Rodovia SC-401, modificando em parte o trajeto da antiga Rodovia Virgílio Várzea. Uma das conseqüências da mudança de trajeto foi a drenagem e o aterro de parte do mangue do Saco Grande, com divisão geográfica do bairro em duas regiões distintas: Saco Grande I, hoje denominado bairro João Paulo, e Saco Grande II, hoje conhecido somente como Saco Grande (Ibidem, 2001). Com o acesso mais facilitado pela nova rodovia, o número de habitantes aumentou significativamente, surgindo ali três novas localidades organizadas em conjuntos habitacionais: Morro da Cruz, Monte Verde e Parque da Figueira. Mais recentemente, foi inaugurado o conjunto habitacional Vila Cachoeira, que faz parte do Projeto Bom Abrigo, da Prefeitura Municipal de Florianópolis. Além destas localidades, ainda fazem parte do bairro Saco Grande o Morro do Atanásio, Comunidade Sol Nascente, Morro do Caju, Morro do Balão e Barreira do Janga. Nestas últimas, grande parte da população se constitui de famílias que migraram para a capital nas décadas de 80 e 90 em função do êxodo rural.

Por possuir grande área habitada pela população de baixa renda, o Saco Grande vem apresentando crescimento das ocorrências policiais ligadas ao tráfico de drogas, somados a pequenos furtos a residências e roubo em automóveis, que têm provocado clima de intranquilidade no bairro (CORREIA, 2004).

Considerando o processo de organização social no bairro, podemos verificar que há um número significativo de entidades e associações que praticamente representam cada uma das localidades do mesmo. Dentre elas se destacam: o Conselho de Moradores do Saco Grande (COMOSG), o Conselho Comunitário do Monte Verde (CCMV), a Associação Comunitária do Loteamento João Gonzaga da Costa (ACOLJOGOC), a Associação de Moradores do Sol Nascente (AMSOL), a Associação de Moradores da Barreira do Janga, a Associação de Moradores do Parque da Figueira (AMPAF), a Associação Pró-Comunidade Monte Verde (APROCOM), a Associação Pró Comunidade da Cruz (APROCRUZ). Outras organizações sociais se fazem presentes na comunidade como a Unidade Comunitária de Produção e Profissionalização (U.C.P.P.), a Associação Catarinense de Integração do Cego (ACIC), além de um grupo organizado responsável pelo tratamento e distribuição de água no Morro do Balão. Embora não se destine à participação dos moradores do Saco Grande, estão instaladas no bairro outras associações como a Associação Catarinense de Medicina, a Loja Maçônica e a sede da Hípica Catarinense.

Os limites do bairro Saco Grande e da área da abrangência são: ao sul, o condomínio dos Koerich; ao norte, o trevo da entrada do Cacupé; a leste, a comunidade Sol Nascente; e a oeste, a baía do Saco Grande.

5.1.3. A Unidade Local de Saúde Saco Grande

A Unidade Local de Saúde (ULS) Saco Grande é uma das mais de 40 unidades de saúde do município de Florianópolis que prestam o atendimento na rede básica de saúde, sendo os atendimentos restritos aos moradores da sua área de abrangência. Esta Unidade é referência no atendimento à gestantes de alto risco, ginecologia e pediatria. A ULS está situado à Rodovia Virgílio Várzea, número 815, funcionando das 07:30 às 12:15 e das 13:15 às 18:30 horas, de segunda a sexta-feira. A unidade atende em casos de emergência, a qualquer usuário, independente do seu local de moradia.

A nova sede da ULS foi inaugurada no dia 20 de março de 2002, vindo em substituição às dependências anteriores, que funcionavam junto ao COMOSG, no antigo

prédio do Colégio Laura Lima, que foi deslocado para o Conjunto Habitacional Monte Verde, e teve seu espaço cedido após desapropriação do local (CORREIA, 2004).

O antigo prédio, de um pavimento e 191,58 m², foi substituído por uma construção constituída de três pavimentos, sobre um terreno de 967,82 m², totalizando 1.440,19 m² de área construída. Essa nova estrutura, mais organizada e ampla está dividida em:

- **Subsolo:** composto por depósitos, garagem, sala para reuniões e uma área de serviço.
- **Térreo:** constituído pela recepção, sala de Teste do Pezinho e injeções, sala de vacina, farmácia, dois banheiros, expurgo, sala de esterilização, duas salas de curativo, consultório ginecológico, três salas de espera, possuindo televisões e bebedouros, duas salas de triagem, duas salas de procedimentos de enfermagem/ consultas, dois consultórios pediátricos, sala de nebulização, fraldário, consultório odontológico e sala de coleta de exames.
- **1º andar:** incorpora a administração, um amplo auditório, central de marcação de consultas, sala de lanches, dois banheiros para uso dos funcionários, almoxarifado, sala de reuniões.

O acesso ao prédio e aos andares pode ser feito por escadas, rampas ou elevador.

O quadro funcional efetivo da ULS Saco Grande é composto por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, dentistas, auxiliares de odontologia, um coordenador da ULS, auxiliares administrativos e os Agentes Comunitários de Saúde. Tendo em vista sua participação no Programa de Articulação Docente Assistencial (PADA), a ULS recebe residentes do curso de especialização multiprofissional em Saúde da Família, além de ser campo de estágio de acadêmicos de graduação dos cursos de enfermagem, medicina, nutrição, odontologia e serviço social.

Este quadro funcional está subdividido em três equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo cada uma composta por um médico, um enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, além de agentes comunitários de saúde. Estas equipes são responsáveis por três áreas (330, 331,332) que compõem a área de abrangência da Unidade Local de Saúde Saco Grande (Ibidem, 2004).

5.1.4. O Conselho Local de Saúde do bairro Saco Grande

A primeira reunião para formação do Conselho Local de Saúde (CLS) ocorreu em 09 de maio de 2000, no COMOSG com a participação de funcionários da ULS, agentes comunitários, líderes comunitários e representantes da ACIC. Nos meses de junho a novembro do mesmo ano, foram realizadas sete reuniões (nas primeiras quintas feiras do mês às 19 horas) nas quais foram discutidas a formação e a composição do CLS, bem como a necessidade de estimular a participação da comunidade nestas reuniões. Na reunião do mês de novembro de 2000, o CLS estava composto por dezessete conselheiros.

Entretanto, nos dois anos seguintes a frequência das reuniões diminuiu, sendo que no ano de 2001, o Conselho reuniu-se apenas três vezes e em 2002, quatro vezes.

Em setembro de 2002, alguns participantes do conselho questionaram o papel do CLS, referindo não saber dos seus objetivos. Encerrou-se a reunião com o encaminhamento para a eleição formal do Conselho Local conforme a Resolução nº 01/CMS, de maio de 2000. Em novembro do mesmo ano realizou-se a escolha dos conselheiros e seus respectivos suplentes, sendo definida a composição do Conselho da seguinte forma: quatorze conselheiros titulares e oito suplentes, totalizando vinte e dois conselheiros, distribuídos em sete representantes de entidades não governamentais, cinco representantes dos usuários, cinco representantes de entidades governamentais e cinco representantes dos profissionais da saúde. A posse dos conselheiros ocorreu em dezembro de 2002 com a participação de representantes do Conselho Municipal de Saúde (CMS).

No ano seguinte, em 2003, realizaram-se onze reuniões do CLS, no período de janeiro a outubro. A discussão sobre a elaboração de um regimento interno do conselho foi iniciada em março, quando houve a formação de uma comissão para elaboração do mesmo, sendo que na reunião de maio, o Regimento Interno do CLS do bairro Saco Grande (ANEXO 5) foi aprovado (CONSELHO LOCAL DE SAÚDE SACO GRANDE, 2003).

5.2. Os Sujeitos

O grupo de sujeitos envolvidos nesta proposta de processo educativo em saúde está composto pelos Conselheiros Locais de Saúde, pelos profissionais da Unidade Local de Saúde, por alunos da graduação que fazem estágios na ULS (medicina, serviço social e outros), pelos residentes do Curso de Especialização em Saúde da Família, os membros das

associações comunitárias do bairro e pelas acadêmicas de enfermagem cujo papel será de animadoras do processo.

O Conselho Local de Saúde, originalmente era composto por vinte e dois conselheiros, atualmente este número reduziu para dezoito conselheiros, sendo sete representando entidades não governamentais do bairro, quatro representando os usuários, dois como representantes de entidades governamentais e cinco representantes do segmento dos profissionais do serviço de saúde, sendo que alguns destes estão afastados da participação no CLS.

5.3. A Proposta para a Construção de um Método de Trabalho

O Itinerário Freiriano proporciona que os sujeitos do processo educativo estejam em constante processo de ação-reflexão-ação, partindo de suas histórias individuais e coletivas. É um processo dialógico, problematizador e conscientizador, que proporciona o desvelamento e a transformação da realidade (HEIDMANN, 1994).

É baseada nesta ‘filosofia da educação e do conhecimento’ de Paulo Freire, que nossa proposta de ação foi alicerçada, adotamos como percurso metodológico os passos do Itinerário Freiriano, quais sejam, a **investigação temática** ou levantamento dos temas geradores, a **codificação**, a **descodificação** e o **desvelamento crítico**. Também como propõe Freire, trabalhamos a idéia do ‘Círculo de Cultura’, como o espaço ou o momento onde o Itinerário se desenvolverá.

5.3.1. A aproximação da realidade

O primeiro contato com a realidade do cenário onde desenvolvemos nosso trabalho foi anterior à elaboração do projeto de Prática Assistencial, e portanto, denominamos este momento de ‘pré-aproximação’. Ela se qualifica no momento onde nossa inserção no campo aconteceu ainda de modo informal, sem a pretensão de realizarmos tal projeto. Ocorreu devido a realização de um projeto de pesquisa de iniciação científica, que foi realizado junto aos Conselheiros Locais de Saúde, os mesmos sujeitos deste atual trabalho. A execução da pesquisa possibilitou conhecer os conselheiros e a situação do Conselho Local.

Quando optamos por desenvolver nossa prática assistencial com o tema controle social e neste cenário, realizamos um primeiro contato com a enfermeira da Unidade Local de

Saúde, conselheira e que fez a supervisão do nosso estágio. Contudo, o que denominamos de ‘aproximação efetiva’, aconteceu no dia 23 de agosto de 2004 às 19 horas no COMOSG, na reunião do Conselho Local de Saúde, quando apresentamos nosso projeto aos Conselheiros e aos demais participantes, conforme consta no relatório da nossa trajetória nas práticas educativas desenvolvidas ao longo do trabalho.

5.3.2. Círculos de Cultura

Círculo de cultura é um lugar onde um grupo de pessoas se reúne para discutir sobre suas práticas (GADOTTI, 1996).

‘Círculo’ porque todos estão à volta de uma equipe de trabalho, que não tem um professor, mas um animador de debates, participando de uma atividade comum em que todos se ensinam e aprendem. ‘De cultura’, porque mais que o aprendizado individual, o círculo produz modos próprios e novos, solidários e coletivos de pensar (BRANDÃO, 1991).

5.3.3. O Itinerário Freiriano

Investigação temática

É a busca de temáticas significativas e de conhecimento dos temas relevantes expressos pelo grupo. É um ato coletivo de construção da realidade a ser trabalhada que ocorre num processo dialógico. Os temas geradores são colhidos do universo vivenciado pelos indivíduos e/ou pelo grupo.

Nesta fase, educador e educando, problematizam o objeto ‘cognoscível’, na medida que são colocados os problemas e todos o compreendem através do diálogo em torno das situações reais dos sujeitos ‘cognoscentes’ (HEIDMANN, 1994).

Codificação

É a representação de uma situação vivida, representa certos aspectos da temática que se busca. Ela permite conhecer alguns momentos do contexto concreto (GADOTTI, 1996).

As codificações são as mediações entre o contexto concreto em que se dão os fatos e o contexto teórico em que são analisadas. São os objetos ‘cognoscíveis’ onde incidem a reflexão dos sujeitos cognoscentes. À medida que os sujeitos descodificadores refletem criticamente sobre as codificações, elas se abrem na direção de outros temas.(FREIRE, 1987).

Descodificação

Neste processo, os indivíduos, exteriorizando a sua temática, explicitam sua consciência real da objetividade. À medida que o fazem, percebem como atuavam ao viverem a situação analisada, percebem a sua percepção anterior, ampliam o horizonte do perceber. Desta forma, a descodificação promove uma nova percepção e o surgimento de um novo conhecimento (FREIRE, 1987).

Desvelamento crítico

É a ação exercida para tirar o ‘véu’ (o que oculta), que não permite ver e analisar a verdade das coisas, chegar ao fundo, conhecê-las, descobrir o que há no seu interior, atuar sobre o que conhece para transformá-los (GADOTTI, 1996).

Nesta etapa, ocorrem idas e vindas do concreto para o abstrato, e vice e versa, voltando-se para o concreto problematizador, descobre-se os limites e as possibilidades da primeira etapa, levantamento dos temas geradores. O objetivo é a transformação, a conscientização da comunidade através do ato educativo libertador que os torna sujeitos organizados coletivamente (HEIDMANN, 1994).

5.4. Plano de Ação

No intuito de alcançar os objetivos propostos no projeto de prática assistencial, traçamos algumas estratégias de ação para o desenvolvimento dos mesmos durante nossa atuação no campo. Foram estas:

- Visitas às associações e demais conselhos comunitários do bairro, bem como participar das reuniões destas entidades e das reuniões de planejamento mensal da Unidade Local de Saúde (ULS) e das atividades de Sala de Situação do mesmo.
- Divulgação das reuniões do Conselho Local de Saúde (CLS) nos espaços de mobilização popular do bairro e para a comunidade como um todo.
- Promoção dos Círculos de Cultura, utilizando o Itinerário Freiriano como método de trabalho, sendo que todos os encontros seguiram os seguintes momentos: planejamento do encontro, preparação do encontro, o encontro em si, avaliação do encontro e o planejamento do próximo encontro. Os momentos de planejamento, avaliação e preparação contaram com a participação dos sujeitos envolvidos, da supervisora, da orientadora e das acadêmicas.
- Propor a participação dos profissionais da ULS nas reuniões do Conselho, assim como, a participação de conselheiros nas reuniões da equipe de saúde, quando a ocasião se mostrar pertinente aos interesses de ambos.
- Propiciar espaços de aproximação dos conselheiros locais de saúde e o Conselho Municipal de Saúde (CMS), principalmente na figura da Comissão de acompanhamento dos Conselhos Locais.
- Promoção da capacitação técnica e política dos conselheiros através de Oficina de sensibilização e capacitação, em parceria com o projeto de extensão “Comunidades Saudáveis”² da Universidade Federal de Santa Catarina e o Conselho Municipal de Saúde, nos meses de outubro e novembro.
- Incentivar a participação dos conselheiros locais na Oficina de sensibilização e capacitação dos conselheiros.

² Projeto de Atividade de Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina – Programa 2004. Denominado: COMUNIDADES SAUDÁVEIS: a efetivação do controle social no Sistema Único de Saúde através dos Conselhos Locais de Saúde. Autores: Marta Verdi, Professora do Departamento de Saúde Pública, Adi Franceschi Junior e Laura Cavalcanti de Farias, Acadêmicos de Enfermagem.

Ao final dos encontros desenvolvidos, foram realizadas avaliações gerais dos momentos vivenciados por todos, no sentido de analisarmos conjuntamente aspectos como dinâmica, temas trabalhados e participação na construção do processo educativo.

Para a avaliação final dos trabalhos, além dos registros anteriores, utilizamos como instrumento o diário de campo para subsidiar nossa avaliação global da proposta.

5.5. Registros dos Dados

Os dados foram registrados através dos diários de campo, dos planejamentos e das avaliações dos círculos de cultura e demais atividades desenvolvidas durante o estágio. Outros recursos utilizados foram as gravações em áudio e as fotografias.

5.6. Aspectos Éticos

Para garantir os princípios éticos no desenvolvimento de uma atividade com seres humanos, obedecemos as Diretrizes e Normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS). Elaboramos de acordo com a resolução, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1), que visou garantir principalmente a autorização para o uso dos dados obtidos e o anonimato dos participantes.

Os sujeitos do processo foram convidados a participarem espontaneamente, sendo que a sua recusa não implicou em prejuízos ou nenhuma forma de constrangimento para os mesmos. Garantimos também a possibilidade de desistirem do trabalho a qualquer momento de sua trajetória.

Ainda seguindo a mesma Resolução, garantimos o anonimato dos participantes utilizando codinomes de Flores.

CAPÍTULO 6

APRESENTANDO A TRAJETÓRIA NA CONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS.



6. APRESENTANDO A TRAJETÓRIA NA CONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS.

Para organizar a apresentação da nossa trajetória educativa, dividimos este relatório em diferentes momentos do nosso trabalho, de acordo com os sujeitos envolvidos no processo das diversas etapas pelas quais vivenciamos durante o período do estágio. Inicialmente apresentamos o processo de reconhecimento da comunidade do bairro Saco Grande, constituindo-se no primeiro passo da nossa trajetória, porém, permeando todo nosso percurso.

Em seguida, relatamos os encontros do Círculo de Cultura, as oficinas desenvolvidas com os sujeitos do trabalho. Finalmente, delineamos o momento de grandiosa importância para o contexto de nosso trabalho, o Curso de Capacitação para Conselheiros Locais, uma oportunidade onde vivenciamos uma experiência desde o planejamento até a efetivação do mesmo.

6.1. Reconhecimento e Mobilização da Comunidade: Visitas às Organizações e Instituições da Área de Abrangência da Unidade Local de Saúde (ULS) Saco Grande.

6.1.1. O processo de reconhecimento e mobilização da comunidade.

6.1.1.1. Os objetivos do processo

- Conhecer as diferentes associações que oferecem serviços e atividades para as comunidades da área de abrangência da Unidade Local de Saúde Saco Grande e imediatamente à área do Conselho Local de Saúde (CLS).
- Divulgar o CLS, convidando os membros das organizações para representá-las nas reuniões do Conselho e distribuindo cartazes convidando também a comunidade.
- Identificar as lideranças comunitárias e potenciais representantes dos usuários e suas organizações na formação do CLS.

6.1.1.2. Os momentos do processo.

Aproximação inicial.

As primeiras visitas representaram o momento de nossa inserção na comunidade do Saco Grande, onde conhecemos as diferentes localidades do bairro. Apresentamos a cada organização visitada nossa proposta de trabalho no CLS, bem como realizamos o levantamento de informações sobre cada organização.

Aproveitamos para convidá-los para a reunião do Conselho no dia 18 de setembro de 2004 e solicitávamos alguns espaços na comunidade local para fazer a divulgação desta reunião através de cartazes (Apêndice 2).

Mobilização para participação com Conselho Local de Saúde.

Neste segundo momento das nossas visitas, retornamos aos mesmos lugares para divulgarmos a reunião do CLS do mês de outubro, desta vez, além de cartazes (Apêndice 3), distribuímos “mosquitinhos” (Apêndice 4) convidando para a reunião. Também ampliamos nossa estratégia de divulgação, espalhando cartazes em bares, padarias, mercados e igrejas e fazendo um convite boca-a-boca para os moradores que encontrávamos.

Identificação de potenciais conselheiros locais de saúde.

Retornamos às organizações levando um convite aos representantes interessados, para participarem da nossa segunda oficina para conselheiros, no dia 04 de novembro de 2004.

6.1.2. Um breve panorama das organizações do Saco Grande.

1. Associação Catarinense para a Integração do Cego – ACIC

Realiza ações voltadas à educação, reabilitação, profissionalização e convivência, com o objetivo de facilitar ao deficiente visual o pleno exercício da cidadania. É formada por uma equipe de Psicólogo, Pedagogo, Assistente Social, Musicoterapeuta e Professores.

É uma entidade de âmbito estadual, recebe apoio através de parcerias públicas e privadas e de recursos oferecidos pela comunidade.

Atende atualmente com portadores de deficiência visual total e parcial.

2. Associação Comunitária do Loteamento João Gonzaga Costa – ACOLJOGOC

A principal atividade da associação é a captação e distribuição de água para os moradores do loteamento João Gonzaga Costa ou Barreira do Janga , como é conhecido.

Administra o abastecimento de água na comunidade e é responsável pela manutenção das redes de distribuição para os moradores. Recebe uma taxa fixa de R\$ 17,00 (dezessete reais) por casa atendida, para custear as despesas de manutenção das redes e de tratamento e análise da água, além de pagar os funcionários e manter a sede da associação.

Oferece o espaço da sua sede para cursos de crochê, aula de capoeira, possui uma quadra de esportes e uma área de lazer com parque para as crianças da comunidade.

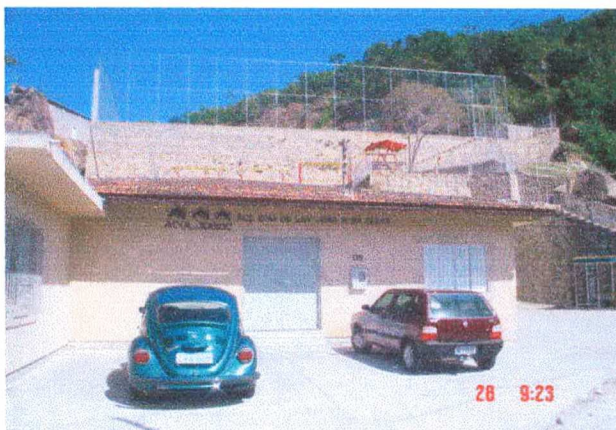


Figura 1 – Foto da sede da ACOLJOGOC – Associação Comunitária do Loteamento João Gonzaga da Costa, Saco Grande, 2004.

3. Associação dos Moradores do Parque da Figueira – AMPAF

A associação foi fundada em 1986 para oferecer atividades educacionais para os moradores do Conjunto Habitacional do parque da Figueira. É mantida através de convênios com o Município e o Estado.

Atualmente sua sede esta passando por reformas e não há nenhuma atividade sendo desenvolvida. Dentre os cursos que já ofereceu estão, Corte e Costura, Pintura, Culinária, Bordado, Eletricista e reforço escolar para as crianças do ensino fundamental.

4. Associação dos Moradores da Vila Cachoeira – AMVIC

Esta associação faz parte do Projeto de Participação Comunitária e desenvolvimento Social do Conjunto Habitacional da Vila Cachoeira. Este projeto é uma iniciativa da Prefeitura Municipal de Florianópolis e recebe financiamento para custear seu funcionamento.

Oferece cursos de capacitação profissional como Culinária, Cabeleireiro, Jardinagem e Eletricista. Os interessados nos cursos recebem uma bolsa de ajuda de custo para participarem do projeto. Os moradores da Vila Cachoeira são privilegiados com as vagas, caso não sejam completados o quadro de vagas, é aberto para participação dos demais moradores do Saco Grande.

5. Associação dos Moradores do Sol Nascente – AMSOL

A principal atividade da associação é a captação e distribuição de água para os moradores da comunidade do Sol Nascente.

Administra o abastecimento de água na comunidade e é responsável pela manutenção das redes de distribuição para os moradores. Recebe uma taxa fixa de R\$ 13,00 (treze reais) por casa atendida, para custear as despesas de manutenção das redes e de tratamento e análise da água, além de pagar os funcionários e manter a sede da associação. São em torno de 700 casas com abastecimento de água pela associação.

Possui sede própria e aluga este espaço para festas e eventos dos moradores da comunidade. Este mesmo espaço é utilizado pela Pastoral da Criança, uma vez ao mês, para pesar as crianças e distribuir a multimistura para crianças de baixo peso.

A associação realiza serviços de melhorias na infra-estrutura da comunidade como, calçamento de ruas e construção de lixeiras.



Figura 2 – Foto da sede da AMSOL – Associação de Moradores do Sol Nascente, Saco Grande, 2004.

6. Associação Pró Comunidade Caminho da Cruz - APROCruz

A principal atividade da associação é a captação e distribuição de água para os moradores da comunidade do Caminho da Cruz.

Administra o abastecimento de água na comunidade e é responsável pela manutenção das redes de distribuição para os moradores. Recebe uma taxa fixa de R\$ 13,00 (treze reais) por casa atendida, para custear as despesas de manutenção das redes e de tratamento e análise da água, além de pagar os funcionários e manter a sede da associação. São em torno de 420 casas com abastecimento de água pela associação.

A associação realiza serviços de melhorias na infra-estrutura da comunidade como, calçamento de ruas e construção de calçadas e lixeiras.

7. Associação Pró Comunidade Monte Verde – APROCOM

Oferece o serviço de creche no período vespertino, para crianças de um ano e seis meses a seis anos de idade. Atualmente estão matriculadas 35 crianças. As despesas são custeadas através do pagamento de mensalidade pelos pais das crianças, a associação não possui fins lucrativos.

A sede da associação é própria, conta com infra-estrutura de salas, refeitório, banheiros e área de lazer com parque.

A APROCOM colabora com projetos da comunidade como a reforma do posto policial e manutenção de uma praça.



Figura 3 – Foto da sede da APROCOM – Associação Pró Comunidade Monte Verde, Monte Verde, 2004.

8. Associação Vida Verde – Pastoral da Saúde

A associação Vida verde conta com o trabalho de voluntárias da comunidade para o cultivo das plantas medicinais e o preparo de formas caseiras de remédios que são vendidos para a população. É cobrado um preço irrisório, apenas para custear as despesas com alguma matéria prima e a compra de frascos para armazenar os remédios. As pessoas que não possuem condições de comprar recebem doações da Associação.

Funciona todas as tardes, atrás da Paróquia do São Francisco Xavier.

Esta associação recebe o apoio da Arquidiocese de Florianópolis através da Pastoral da saúde e da Paróquia São Francisco Xavier – Saco Grande. As voluntárias recebem a assessoria da UFSC e da UNISUL para a preparação das formulas fitoterápicas.



Figura 4 – Foto da sede da associação Vida Verde, Saco Grande, 2004.

9. Centro Espírita Estrela Guia – CEUGUIA

O centro oferece serviço de creche para crianças de zero a seis anos de idade, em período integral. Não possui convênios, é mantida com o apoio da comunidade e a colaboração dos pais das crianças atendidas.

Também oferece apoio pedagógico para estudantes de seis a quatorze anos de idade, nos períodos matutino e vespertino, após as aulas. Este serviço é conveniado com a prefeitura municipal de Florianópolis. Desenvolve atividades de horta e educação física para as crianças do apoio pedagógico.

10. Conselho Comunitário do Monte Verde – CCMV

O conselho oferece creche para 140 crianças divididas em jardim I e II e pré escolar, nos períodos matutinos e vespertinos.

A sede da associação é própria, conta com infra-estrutura de salas, refeitório, salão, banheiros e área de lazer externa.

O espaço do conselho é utilizado também para aulas de capoeira, tricô e clube de idosos.

A Unidade Local de Saúde usa o salão do conselho para realizar eventos e ações de saúde.

O CCMV também promove campeonatos esportivos para a comunidade do Saco Grande.

O Conselho é conveniado com a Prefeitura Municipal de Florianópolis e realizam alguns eventos para arrecadar fundos.

11. Conselho Comunitário do Saco Grande – COMOSG

Este conselho foi fundado em 1980 para atender as necessidades da comunidade em diferentes âmbitos. Seu objetivo principal era servir como espaço para as reclamações da comunidade do Saco Grande.

Atualmente o conselho participa do projeto Jornada Ampliada que oferece apoio escolar, educação física, oficinas de artes e teatro. Atualmente, estão matriculadas 143 crianças nos períodos matutino e vespertino.

O COMOSG possui convênio com a Prefeitura Municipal de Florianópolis e com o Estado, para custear as despesas com funcionários, manutenção da sede e fornecer alimentação para as crianças, além de todo material utilizado para as atividades do projeto.

12. Creche Municipal Orlandina Cordeiro

13. Creche Vila Cachoeira

São creches da Prefeitura Municipal de Florianópolis que atendem crianças de três meses a seis anos de idade, em período parcial, matutino ou vespertino. Oferecem quatro refeições diárias e cuidado às crianças cujos pais trabalham.

14. Escola Municipal Donícia Maria Costa

Escola de ensino fundamental, 1ª a 8ª série, funciona nos turnos matutino e vespertino.

15. Escola Estadual Laura Lima

Escola de ensino fundamental, 1ª a 8ª série e de ensino médio, 1ª a 3ª série, nos períodos matutino e vespertino.

16. Seara Espírita Entrepasto da Fé – SEEDE

É uma instituição filantrópica de direito privado, reconhecida de utilidade pública por leis do município de Florianópolis, do estado de Santa Catarina e por decreto Federal. Sua fundação foi em 14 de agosto de 1990.

A instituição desenvolve dois programas:

- Programa de formação ético/moral.

Proporciona as crianças com idade de sete a quatorze anos, meios e condições para o desenvolvimento de uma reeducação ético/moral e cultural.

São 75 crianças em turmas matutinas e vespertinas que participam de atividades lúdicas, artísticas e apoio escolar.

- Centro de tratamento, recuperação, educação e vivência integral – CETREVI

Propicia meios e condições às pessoas dependentes para se recuperarem física, moral, psicológica e social. Desenvolve programas de re inserção social e de prevenção aos vícios fundamentados no estudo da moral e/ou da ética cristã.

Tem capacidade de abrigar 30 pessoas do sexo masculino, com idade superior a dezoito anos, carentes de recursos materiais e ligados a processos viciosos, inclusive dependência química.

6.2. Os Círculos de Cultura.

6.2.1. O Processo Educativo Junto ao Conselho Local de Saúde

Relato da reunião mensal do Conselho Local de Saúde do Saco Grande – Apresentação do projeto.

Data: 23 de agosto de 2004.

Local: Conselho Comunitário do Saco Grande - COMOSG

Horário: 19:30 horas.

Estavam presentes na reunião cinco conselheiros, um médico da Unidade Local de Saúde, duas acadêmicas de enfermagem, duas estagiárias do serviço social e dois acadêmicos de medicina.

A reunião iniciou com a apresentação de todos os presentes e em seguida foi definido o novo dia das reuniões mensais do CLS. Estas foram programadas para todas as terças segundas – feiras do mês, a próxima será dia 20 de setembro de 2004 no Centro comunitário do Saco Grande – COMOSG.

Em seguida, a coordenação do CLS, que estava sem um conselheiro para assumir esta atribuição, foi delegada à conselheira Rosângela Amorim, de acordo com a opção dos demais conselheiros presentes.

A principal discussão da reunião foi em torno da proposta de um conselheiro para realizar uma espécie de fórum das entidades do bairro para viabilizar a realização de atividades em parceria para a comunidade. A proposta foi amplamente aceita; os conselheiros concordam que há dificuldade de articulação entre as entidades locais e cada uma trabalha isoladamente nas comunidades das quais fazem parte; falta comunicação e interesse em unir forças para buscar melhorias para a coletividade do bairro.

Como encaminhamento desta reunião, foram definidas estratégias de mobilização para alcançar maior participação para a próxima reunião, para isto nos propusemos a visitar as associações e demais conselhos da comunidade e divulgar a reunião, chamando as pessoas para conhecer o CLS.

Para encerrar esta reunião, nós apresentamos nossa proposta de prática assistencial, citando os principais objetivos de nosso projeto e a metodologia de nosso trabalho. A aceitação foi unânime, foram apenas colocadas as dificuldades para agendar um dia e horário que contemplasse a todos, para isto, nos colocamos à disposição para realizar as oficinas da forma mais adequada para eles, bem com os temas trabalhados partiriam das suas necessidades. Imediatamente, houve manifestações para que fossem esclarecidas as funções e as atribuições de um conselheiro local de saúde. Combinamos de marcar a primeira oficina para discutirmos o tema.

Planejamento reunião mensal do Conselho Local de Saúde do Saco Grande

(Apêndice 5)

Relato da reunião mensal do Conselho Local de Saúde do Saco Grande

Data: 20 de setembro de 2004.

Local: Conselho Comunitário do Saco Grande - COMOSG

Horário: 19:30 horas.

Estavam presentes na reunião cinco conselheiros, um ACS, quatro moradores da comunidade, dois médicos, da Unidade Local de Saúde, duas acadêmicas de enfermagem e quatro acadêmicos de medicina.

A presidente do CLS iniciou a reunião se apresentando e pediu que todos se apresentassem posteriormente.

Em seguida foi realizada a dinâmica dos bichos, coordenada por nós acadêmicas. O leão escolheu um chocolate pequeno, o cavalo escolheu uma bala, o jacaré escolheu um chocolate pequeno e o coelho escolheu uma bala. Quando os ratos foram pegar os doces, a maioria das pessoas pareceu inibida em pegar a barra de chocolate, uma criança que acompanhava a mãe, moradora da comunidade, pegou a barra. Os demais “ratos” surpreenderam-se quando perceberam que havia muitos ratos para escolher dentre os doces restantes na mesa, um pegou o chocolate pequeno, pois estava muito próximo à mesa e pôde ser rápido, os demais pegaram uma bala cada um.

Iniciou-se uma discussão sobre o significado da dinâmica e as relações de poder, a falta de articulação da maioria sobre a minoria que detém o poder de escolher e decidir. Contudo, fazendo um paralelo com a dinâmica realizada, os “ratos” representados pela maioria dos participantes, poderiam se unir para reivindicar uma parcela dos melhores doces que pertenciam a poucos e dividi-los com os demais. Foi feita uma associação entre estes fatos e a existência do CLS como espaço para articular as forças necessárias para reivindicar esta distribuição mais justa e equilibrada do poder.

Após várias colocações, as conclusões foram que “ninguém se preocupa com o outro, que somos como um corpo que se uma parte está ruim, o todo está”. A enfermeira falou sobre coisas boas que tem presenciado na ULS do bairro, sobre o sentimento de humanidade que algumas pessoas demonstram, apesar de serem minoria hoje em dia. Um morador da

comunidade levantou as questões de problemas no atendimento na ULS. Uma conselheira, em contrapartida, falou sobre as melhorias daquele local, comparando o “antes” e o “depois”.

A coordenadora do Conselho trouxe novamente o assunto sobre a importância do CLS, colocando que este não é um local que só serve para reclamações, mas que tem algo de bom para a comunidade. Falou também sobre a importância da união das pessoas em busca da “barra de chocolate”. Explicou que o CLS é um local para exercerem direitos, porém ninguém participa. Das diversas associações e entidades do bairro, apenas quatro estavam representadas nesta reunião.

Em seguida, houve a sugestão para levantar propostas para uma atuação concreta do CLS. Todos concordaram que a prioridade para a comunidade é uma área de lazer e se dispuseram a fazer um grande movimento chamando mídia, autoridades e comunidade em geral com objetivo de concretizar esta ideia.

Como encaminhamento para a próxima reunião do CLS, que acontecerá no dia 18 de outubro, a comunidade será chamada para discutir e conhecer sobre o funcionamento e a organização da Unidade Local de Saúde, bem como iniciar a discussão para tornar realidade a proposta da área de lazer, traçando estratégias para a mobilização da comunidade em torno desta questão.

Plano Oficina 1- Conselheiros Locais de Saúde.

(Apêndice 6)

Relato da Oficina 1- Conselheiros Locais de Saúde.

Data: 07 de outubro de 2004.

Local: Conselho Comunitário do Saco Grande – COMOSG

Horário: 19:30 h.

Participaram da oficina quatro conselheiros e duas acadêmicas de enfermagem.

Iniciamos agradecendo a presença de todos e realizando a dinâmica de integração, cada participante por um instante comentou como havia sido sua semana anterior associando cores de sua preferência com situações positivas e negativas, as quais vivenciaram nos últimos dias. Foi um momento para despertar para as coisas boas e compartilhar as ruins com o grupo, pois, estávamos todos dispostos a ouvir uns aos outros.

Em seguida, retomamos o objetivo da oficina e prosseguimos com o desenvolvimento da mesma através do preenchimento dos painéis que traziam algumas questões para os conselheiros discutirem. A primeira questão foi “Qual a função do Conselheiro local de saúde?” As respostas foram as seguintes:

“Participar e se envolver”. (Tulipa)

“Elo com a comunidade, voz, representação”. (Violeta)

“Reivindicar as propostas da comunidade”. (Gérbera)

“Buscar interessar a comunidade”. (Lírio)

A questão seguinte foi “o que eu gostaria de fazer como conselheiro?”.

“Gostaria de resolver todos os problemas de saúde da comunidade”. (Gérbera)

“Ajudar na resolução dos problemas comunitários e estimular a participação”. (Violeta)

“Ser agente de motivação popular, ajudar a comunidade a conquistar suas reivindicações”. (Tulipa)

“Termos acesso aos órgãos públicos”. (Lírio)

“Gostaria de inventar uma fórmula para que a mulherada não engravidasse tanto”. (Gérbera)

Por fim, a ultima questão tratava das dificuldades enfrentadas pelos conselheiros para desenvolverem as suas funções:

“O excesso de trabalho cotidiano”. (Violeta)

“Fazer a comunidade participar”. (Lírio)

“Falta de dialogo entre o conselheiro titular e o suplente”. (Gérbera)

“Baixa mobilização popular, falta de entendimento popular sobre as funções do CLS”. (Tulipa)



Figura 5 – Painéis construídos na Oficina 1 com os Conselheiros Locais de Saúde do Saco Grande.

Terminada esta etapa, iniciamos um debate sobre as funções dos conselheiros de acordo com os objetivos do CLS previstos na Resolução 01 do CMS, fazendo um paralelo com os painéis elaborados pelo grupo de acordo com a percepção de cada conselheiro presente.

Todos reconheceram o seu conhecimento sobre as disposições da resolução de criação e implantação dos CLS e demonstraram conhecer os objetivos do CLS e qual o significado de sua participação neste movimento, ainda que alguns afirmassem seu desconhecimento e despreparo para serem conselheiros. Esta afirmação pode ser justificada pelas dificuldades enfrentadas pelos conselheiros na sua atuação na comunidade, sendo consenso que a falta de participação e engajamento de mais pessoas no movimento não estimula o trabalho dos poucos que estão no Conselho. O grupo compreendeu que apesar de todos os presentes conhecerem suas funções, falta motivação devido à escassa participação da comunidade. Porém, existe uma característica pessoal e comum, todos acreditam na importância da sua participação no CLS exercendo um direito garantido por Lei para a população.

Outra questão levantada foi a relação entre o Conselho Local e o Conselho Municipal de Saúde (CMS). De acordo com os conselheiros, existe uma dificuldade quanto seu acesso aos órgãos públicos. Desta forma, uma alternativa de parceria para viabilizar os contatos requeridos pelo CLS, seria o CMS como órgão do controle social, com relação direta com os CLS na escala hierárquica dos Conselhos de Saúde. Novamente nos deparamos com a falta de participação; foi colocado por uma conselheira que a relação com o CMS é complicada porque não há conselheiros dispostos a participar das reuniões do CMS.

Os demais dizem já ter participado algumas vezes, contudo é mais um compromisso assumido por poucos enquanto poderia ser revezado entre mais conselheiros locais.

A discussão final foi em torno do tema levantado sobre o número de mulheres grávidas no bairro. Os presentes perceberam que este assunto também faz parte das funções dos conselheiros, no sentido de discutir e planejar ações em parceria com a Unidade Local de Saúde, bem como detectar este fato na comunidade e levar para as reuniões do CLS e para o conhecimento do serviço de saúde. Além deste assunto, cabe ao conselheiro local detectar outros, como foi citado o aumento no número de casos de HIV positivo na comunidade. Salientou-se sobre a importância da parceria entre ULS e CLS para conhecer os problemas da comunidade e juntos trabalharem para melhorar a qualidade de vida no bairro.

Encerramos o encontro com a avaliação, cada participante apresentaria um cartão que simbolizava sua opinião sobre como foi este encontro e porque. Todos escolheram o cartão verde que significava **SIGA – O SINAL PARA O CONHECIMENTO FOI ABERTO**. As justificativas foram semelhantes e expressavam a importância em discutir e conhecer mais

sobre a sua tarefa como conselheiro de saúde. Alguns lamentaram a falta de mais conselheiros nesta oficina por ter sido uma oportunidade para compreender melhor o papel de conselheiro e de representante da comunidade.

Quanto à dinâmica, o encontro também recebeu cartão verde, o grupo concordou que esta forma de trabalhar foi motivadora e o conhecimento aconteceu com a troca de informações e a participação de todos.

Planejamento reunião mensal do Conselho Local de Saúde do Saco Grande

(Apêndice 7)

Relato reunião mensal do Conselho Local de Saúde do Saco Grande

Data: 18 de outubro de 2004.

Local: Conselho Comunitário do Saco Grande - COMOSG

Horário: 19:15 horas.

Estavam presentes na reunião cinco conselheiros, quinze funcionários da Unidade Local de Saúde, oito moradores da comunidade, sete acadêmicos de enfermagem e medicina, um professor universitário, três representantes de entidades do bairro e duas acadêmicas de enfermagem.

A reunião iniciou com a apresentação dos presentes, logo após a conselheira fez a leitura da ata anterior e apresentou a proposta de pauta para esta reunião: informes e apresentação da dinâmica de funcionamento da Unidade Local de Saúde.

O Conselheiro municipal presente na reunião informou sobre a existência de uma Comissão intersetorial sobre a Saúde do Trabalhador do Conselho Municipal de Saúde que discute o ambiente de trabalho dos trabalhadores da saúde e fez um convite aos presentes para participarem do 2º Encontro de Saúde do trabalhador em Criciúma.

Um segundo informe foi o convite para o Curso de Capacitação de Conselheiros Locais de Saúde nos dias 23 de outubro e 06 de novembro de 2004 no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, tal convite foi dirigido a todos, salientando que a participação era destinada aos conselheiros locais e aos demais interessados em participar do curso e do CLS.

Finalizados os informes, a reunião prosseguiu com a apresentação de uma conselheira representante dos trabalhadores da saúde sobre o funcionamento da ULS.

A primeira questão trabalhada foi o Acolhimento no serviço de saúde, como acontece o acolhimento ao usuário e o que faz o acolhimento. Foram colocadas as dificuldades enfrentadas desde a implantação do acolhimento, principalmente, pela falta de profissionais. Ainda assim, é importante que a comunidade conheça como funciona este serviço, cujo objetivo é melhorar o atendimento, para discutir possíveis formas de aprimorá-lo.

Em seguida foi apresentado um relatório de produção da ULS referente ao mês de setembro de 2004, com base nos dados do SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica), o qual demonstrava o número de atendimentos médico e de enfermagem realizados no mês de referência e o número de exames solicitados. Um representante da ULS apresentou o número de exames marcados pelo serviço e não foram realizados pelos usuários que não comparecem para retirar a requisição. Acrescentou a dificuldade que existe para negociar a remarcação do exame perdido, através da Central de Marcação de Consultas do Estado, pois esta estabelece cotas, na maioria das vezes insuficientes para a demanda do serviço de saúde.

Neste momento, alguns moradores presentes relataram casos particulares de omissão de atendimento na ULS e do despreparo da recepção para atender a comunidade que procura atendimento de urgência/emergência.

A coordenadora da ULS colocou que os casos gerais podem ser discutidos na reunião do CLS, bem como falhas que ocorrem freqüentemente no atendimento da ULS, porém, os casos específicos e particulares devem ser levados para coordenação para resolvê-los no dia-a-dia na ULS.

Um conselheiro questionou a falta de participação da comunidade no CLS para discutir os problemas gerais da comunidade e a importância desta participação para encaminhar possíveis soluções e trabalhar em parceria com os representantes da ULS.

Foi reforçado por outro conselheiro a importância da comunidade ter um espaço para reclamar, desta forma a ULS pode conhecer a realidade local, através dos fatos que ocorrem com os usuários e são trazidos para o CLS. O Conselho permite analisar tais questões e procura o entendimento sobre elas.

A coordenadora da ULS informou que os funcionários estão interessados em melhorar o atendimento e estão nesta reunião para mostrar sua disposição em ajudar, porém, é preciso conhecer as dificuldades que eles também enfrentam no seu cotidiano de trabalho e que na maioria das vezes as limitações da ULS não dependem da vontade dos seus funcionários que

estão sobrecarregados e atendem a uma demanda superior às condições de trabalho oferecidas e disponíveis.

Foi encerrada a reunião com o convite para a próxima, no dia 22 de novembro as 19:00 horas no COMOSG, quando será discutida a questão do abastecimento de água no bairro.



Figura 6 - Painéis sobre Acolhimento produzidos na Reunião do Conselho Local de Saúde Saco Grande, 18 novembro 2004.



Figura 7 - Painéis sobre atendimento da ULS produzidos na Reunião do Conselho Local de Saúde Saco Grande, 18 novembro 2004.

Plano Oficina 2 - Conselheiros Locais de Saúde. (Apêndice 8)

Relato da Oficina 2- Conselheiros Locais de Saúde.

Data: 04 de novembro de 2004.

Local: Conselho Comunitário do Saco Grande – COMOSG

Horário: 19:30 h.

Participaram da oficina dois conselheiros e duas acadêmicas de enfermagem.

Os conselheiros presentes propuseram que não fosse realizada a oficina devido a falta de participantes. Colocaram que seria interessante que mais conselheiros e outras pessoas da comunidade participassem para conhecer o CLS e despertar sua vontade para ser conselheiro em uma nova formação deste Conselho.

Reforçamos que havíamos convidado os conselheiros e um representante de cada organização do bairro para oficina, o convite foi feito com antecedência e todos confirmaram que participariam. Neste momento, não saberíamos explicar a ausência destas pessoas.

Colocamos para os conselheiros presentes, que não deveríamos desconsiderar a presença deles na oficina e simplesmente não realizá-la pela falta de mais participantes.

Uma conselheira sugeriu que conversássemos sobre a falta de participação e os motivos que geram a desmotivação para participar do CLS.

Desta forma, sem roteiros ou planejamentos, conversamos a respeito da atual situação do CLS do bairro.

Todos concluíram que, em primeiro lugar é necessário organizar a formação do Conselho, existem apenas nomes em sua composição, falta representatividade e legitimidade para iniciar um trabalho com planejamento de ações e metas. Deve-se buscar formas de interagir com a comunidade para integrar o CLS com os moradores da área que ele pertence.

Houve uma expressão de desânimo de uma conselheira que coloca o quanto é difícil trabalhar com a comunidade, ela afirma que as pessoas só querem reclamar, mas, não querem se unir aos movimentos sociais para buscar alternativas de melhorar a situação de todos. Além do imediatismo para a solução, não há compreensão das dificuldades enfrentadas para alcançar respostas.

A outra conselheira presente, tenta motivar dizendo que o CLS não pode acabar, primeiro porque o município está em transição política e segundo, porque é uma conquista, está na Lei e é um direito garantido, a participação popular foi uma conquista e não se pode ignorar este fato.

Foi sugerido que para a próxima reunião do CLS no dia 22 de novembro de 2004, fosse enviada uma convocação para cada organização do bairro, convidando para discutir a nova formação do CLS, solicitando que cada uma encaminhasse um representante para conhecer e possivelmente vir a ser um novo conselheiro de saúde.

Avaliamos este encontro, apesar dos objetivos planejados não terem sido alcançados, como um momento de reflexão sobre o CLS, suas dificuldades e suas potencialidades. Desta forma foi importante repensar a situação do Conselho e da comunidade, buscando compreender a falta de participação, os motivos para isto e as alternativas para reverter esta realidade.

6.2.2. O Processo Educativo Junto à Equipe de Saúde.

Plano Oficina 1 - Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

(Apêndice 9)

Relato da Oficina 1 ACS área 330:

Data: 09 de setembro de 2004.

Local: A Unidade Local de Saúde do Saco Grande.

Horário: 08:30 horas.

Estavam presentes na oficina seis Agentes Comunitários de Saúde, uma enfermeira e duas acadêmicas de enfermagem, onde uma ficou responsável pela coordenação da oficina e outra, pelas anotações e observação.

A oficina foi iniciada com uma dinâmica de integração do grupo, utilizando a técnica dos balões coloridos. Os participantes mostraram-se bastante animados ao tentarem identificar os colegas.

Em seguida o grande grupo foi dividido em dois grupos menores. Foi distribuído material (papel, revistas, tesoura, cola, canetinhas) e pedido que ilustrassem, através de figuras e palavras num painel o que para eles significava as seguintes perguntas: “O que é CLS?” e “Qual a importância do CLS?”. Para esta atividade foi estipulado o tempo de 15 minutos.

Após a confecção dos painéis, estes foram colados na parede e iniciou a discussão sobre o tema, cada subgrupo explicou seu painel.



Figura 9 – Foto do painel produzido pelo Grupo 1, da Oficina 1 com os ACSs, 2004.

Para este grupo, o CLS é o espaço para a discussão dos problemas e necessidades da comunidade. É interessante observar a distinção feita pelo grupo entre a figura que simboliza o conselho e aquela que representa a comunidade, os conselheiros estão representados por pessoas bem vestidas, aparentemente pertencentes a uma elite, já a comunidade está representado por um grupo de pessoas com vestimentas simples e feições de necessitados. Outro ponto é a percepção do grupo acerca da necessidade de participação das pessoas no CLS, para unirem forças por uma causa em comum. Está representado também no painel, o conhecimento dos participantes sobre como o CLS deve atuar para alcançar resultados para suas reivindicações, encaminhando suas questões aos órgãos competentes.



Figura 10 – Foto do painel produzido pelo Grupo 2, da Oficina 1 com os ACSs, 2004.

O grupo 2, apresentou uma idéia bastante parecida ao grupo anterior sobre o que é o CLS. Acrescentaram à discussão do primeiro grupo, a compreensão do conceito ampliado de saúde, ou seja, eles entendem que a saúde da comunidade depende de diversos fatores sociais e o Conselho deve discutir as necessidades locais nos diferentes setores que podem influenciar na saúde dos moradores. A representação dos conselheiros através de imagens simbólicas de uma elite social se repetiu neste grupo.

Para o grupo como um todo, o CLS é um espaço para a **reunião** de pessoas da comunidade para **discutir** problemas locais e **encaminhar** soluções para suprir as necessidades do bairro em diversos setores que exercem influencia direta ou indireta na saúde das pessoas.

Os participantes questionaram a pouca participação no CLS e muitas pessoas, quando participam das reuniões só reclamam sem propor soluções ou ao menos participar mais ativamente na busca pelos objetivos.

Sobre a importância do CLS, os participantes acreditam que é um meio para conquistar melhorias para o bairro.

Foi enfatizado para o grupo sobre o papel do ACS e sua importância no CLS, pois, eles podem exercer o papel de porta voz da comunidade porque estão inseridos no cotidiano dos moradores, conhecendo suas necessidades, bem como são profissionais da Unidade Local de Saúde, convivendo com a realidade enfrentada por este serviço.

A discussão foi encerrada com uma polêmica levantada sobre a questão dos direitos. Um dos participantes não compreende o fato dos direitos assegurados por Leis serem ignorados pelo poder público e existir a necessidade das pessoas buscarem o cumprimento de seus direitos. O restante do grupo procurou entender que o direito de uma pessoa não lhe é entregue pronto, ou seja, os direitos existem para serem exercidos por todos. Participar do CLS é um direito assegurado por Lei, cada cidadão possui o direito de participar do planejamento e da fiscalização das políticas de saúde, para tanto, cada pessoa deverá fazer parte dos meios existentes para garantir este direito. Desta forma, o grupo percebeu que realmente é esta a maneira como os grupos quando unidos alcançam suas conquistas.

O próximo passo foi a avaliação do tema abordado e da dinâmica utilizada na oficina. Sobre o tema, os ACS expressaram, de um modo geral, uma necessidade pessoal de participar efetivamente do Conselho para conhecerem na prática como ele funciona. Os ACS, afirmaram que a partir desta oficina, são capazes de incentivar a comunidade a participar do CLS e podem encaminhar as questões levantadas pelos moradores, no dia a dia do seu trabalho, para as reuniões do Conselho.

Quanto à dinâmica de desenvolvimento da oficina, todos os participantes consideraram ótima e muito interessante, porque possibilitou uma troca de informações e um aprendizado realmente construído com a participação de todos.

Reunião de planejamento mensal da Unidade Local de Saúde Saco Grande

Data: 29 de setembro de 2004.

Local: Auditório da Unidade Local de Saúde Saco Grande

Horário: 8:00 horas.

Estavam presentes 38 pessoas entre funcionários da ULS e estagiários de medicina, nutrição, farmácia e enfermagem.

A coordenadora da ULS conduziu a pauta da reunião administrativa que tratava de diferentes questões tais como: escala de férias dos funcionários, instalação de terminal de computadores com acesso a Internet para pesquisa, disponibilidade de uma sala no andar térreo para mais um consultório médico, acompanhamento dos acadêmicos estagiários na ULS pelos seus respectivos professores durante a realização de procedimentos, exames de usuários faltosos, marcação de consultas e exames pelo ULS e pela Central de marcação de consultas entre outros.

Nossa participação nesta reunião foi o primeiro contato com a equipe de funcionários como um todo, até o momento conhecíamos algumas pessoas isoladamente e nossa proposta de trabalho era conhecida por poucos. Nesta ocasião, aproveitamos para nos apresentar à equipe, assim como o nosso projeto de atuação junto ao Conselho Local de Saúde do bairro e convidá-los para participar da próxima reunião do Conselho. Colocamos que a pauta desta reunião seria justamente a divulgação para comunidade participante da reunião, sobre a dinâmica de funcionamento da ULS.

Como encaminhamento desta reunião, tivemos por parte da coordenadora da ULS, a convocação dos funcionários para participarem da reunião do CLS no dia 18 de outubro de 2004 e em nome da ULS foram enviadas correspondências convidando as entidades e associações do bairro para comparecerem a mesma reunião, bem como, recebemos seu apoio para divulgar a reunião na ULS para os usuários, com cartazes e distribuição de “mosquitinhos”.

Plano Oficina 2 - Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

(Apêndice 10)

Relato da Oficina 2 ACS áreas 331 e 332:

Data: 03 de novembro de 2004.

Local: Unidade Local de Saúde do Saco Grande.

Horário: 15:00 horas.

Estavam presentes 3 ACS da área 331 aguardando os demais ACS da outra área que estavam em reunião com a supervisora. Por volta das 16:00 horas na presença dos ACS da área 332, decidimos em conjunto adiar a oficina para um outro dia para aproveitar melhor o tempo, pois, estávamos atrasados em uma hora e todos já estavam cansados e concordaram que não seria proveitoso trabalhar nesta ocasião. A proposta foi realizar esta oficina do dia 08 de novembro de 2004, às 16:00 horas, após a reunião da supervisora da área 331 com seus agentes. Todos concordaram com a proposta e a oficina foi adiada.

Relato da Oficina 2 ACS áreas 331 e 332:

Data: 08 de novembro de 2004.

Local: Unidade Local de Saúde do Saco Grande.

Horário: 16:00 horas.

Estavam presentes na oficina seis Agentes Comunitários de Saúde da área 331, uma enfermeira e duas acadêmicas de enfermagem, onde uma ficou responsável pela coordenação da oficina e outra, pelas anotações e observação.

A oficina foi iniciada com uma dinâmica de integração do grupo, utilizando a técnica dos balões e os participantes demonstraram bastante interação com o grupo, conseguindo identificar seus colegas pelas características que cada um escreveu.

Logo após, o grupo foi dividido em dois subgrupos com 3 e com 4 participantes. Foi distribuído material didático e solicitado que ilustrassem num painel, através de figuras e palavras, respostas para as seguintes perguntas: “O que é CLS?” e “Qual a importância do CLS?”.

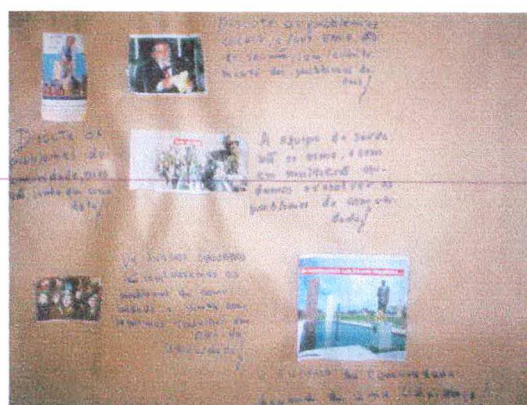


Figura 11 – Foto do painel produzido pelo Grupo 1, da Oficina 2 com os ACSs das áreas 331 e 332, 2004.

O grupo apresentou como função principal do CLS, o levantamento dos problemas da comunidade e o trabalho para a solução ou os devidos encaminhamentos para responder aos anseios trazidos pela comunidade. O CLS deve ser um espaço para unir a comunidade com o serviço de saúde local e atuar em harmonia com ambos.

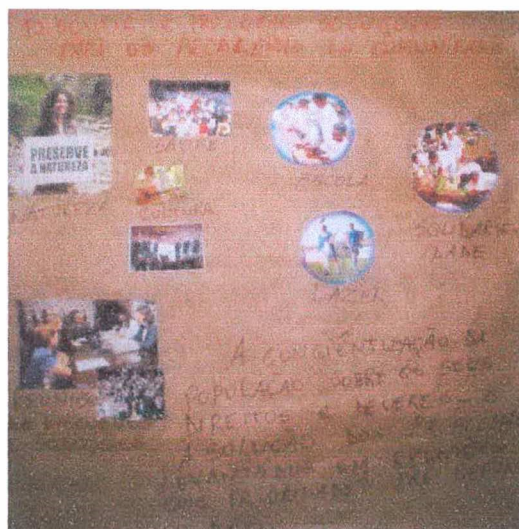


Figura 12 – Foto do painel produzido pelo Grupo 2, da Oficina 2 com os ACSs das áreas 331 e 332, 2004.

Assim como o grupo anterior, o grupo 2 concorda que o CLS tem a função de discutir e procurar soluções para os problemas da comunidade, eles acrescentaram a esta função, uma visão ampliada destes problemas, consideram que o CLS deve atuar além do setor saúde, em diferentes setores que influenciam diretamente no bem estar das pessoas como: lazer, escolas, natureza, cultura. O CLS também tem o papel de conscientizar a população sobre seus direitos e deveres enquanto cidadãos.

Como um todo, o grupo está de acordo que o CLS é um **espaço para a discussão dos problemas locais, um meio para a solução destes problemas e uma maneira de integrar a comunidade em o serviço de saúde do bairro.**

Atualmente, o conselho do bairro restringe suas funções em discutir as limitações da Unidade Local de Saúde, sem propor meios para contribuir com melhorias para o serviço, apenas condena a falta de condições para atender a demanda do bairro, maior que a capacidade de atendimento por falta de recursos humanos e pelo próprio sistema de marcação de consultas e exames, insuficientes para toda população.

Alguns participantes colocaram que o CLS não funciona no bairro porque não há um planejamento das ações para o Conselho, a cada reunião é discutido um assunto diferente sem haver respostas ou ao menos um encaminhamento para a questão, esta fato gera a desmotivação da comunidade para participar das reuniões e se integrar com o CLS.

Foi questionado pelo grupo quem são as pessoas que formam o Conselho. Desta forma, foi exposta a formação dos CLS de acordo com a Resolução 01 do Conselho Municipal de Saúde, de acordo com item que trata da composição dos conselhos. Todos afirmaram que não conheciam esta Lei e não faziam idéia das diferentes representações que compõem o CLS.

Foi enfatizada a importância da participação das pessoas da comunidade na formação do Conselho e dos ACS, além da participação nas reuniões que são abertas a todos.

O grupo sugeriu uma nova formação para o CLS do bairro e uma capacitação para os novos conselheiros, para que conheçam o seu verdadeiro papel e realmente trabalhem para o funcionamento do Conselho de acordo com o objetivo para o qual ele foi criado.

Uma estratégia para maior participação da comunidade é realizar um planejamento anual das ações do Conselho, de acordo com as prioridades locais, para responder às questões trazidas pela maioria que participa das reuniões, desde que seja do interesse da coletividade.

Ao avaliar o tema, o grupo acredita que falta conscientização da comunidade para exercer os seus direitos, porém, antes se deve fazer um trabalho de divulgação do CLS, seja de casa em casa no trabalho dos ACS ou nas entidades e associações existentes na comunidade e mesmo no próprio A Unidade Local de Saúde para mobilizar as pessoas a participarem do Conselho e unir forças com o serviço de saúde e as lideranças comunitárias locais e buscar melhorias para a qualidade de vida dos moradores do bairro.

Quanto à dinâmica de desenvolvimento da oficina, um participante avaliou com muito boa porque se trata de um tema importante para a comunidade e que precisa ser cada vez mais discutido para as compreenderem melhor e assim participarem da construção de uma nova realidade. Os demais avaliaram como interessante, porque possibilitou uma discussão sobre a realidade e foram trocadas algumas informações que alguns não conheciam, além de pensar com o grupo estratégias para melhorar o funcionamento do CLS do bairro.

Plano Oficina 3 - Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

(Apêndice 11)

Relato da Oficina 3 – ACS área 330.

Data: 04 de novembro de 2004.

Local: Unidade Local de Saúde Saco Grande.

Horário: 08:30 h.

Estavam presentes nove Agentes Comunitários de Saúde, uma enfermeira e duas acadêmicas de enfermagem.

Iniciamos a oficina apresentando a proposta de trabalho e resgatando alguns temas abordados na oficina anterior, tais como a importância do Conselho Local de Saúde (CLS) e do ACS como representante dos usuários e do serviço de saúde no Conselho. Como dinâmica de integração foi proposta a dinâmica da corrente e para esta, foi estipulado cinco (5) minutos de duração. Após muita conversa, risadas e receios de sugerir idéias para realizar a tarefa de inverter o círculo, conseguiram atingir a meta quando um participante propôs ao grupo que cada um, sem soltar as mãos, atravessassem por baixo dos braços dos colegas da frente.

Para o iniciar a oficina, solicitamos aos ACS que descrevessem com uma palavra o que significa para cada um trabalhar na comunidade. As palavras que surgiram foram: **coragem, paciência, companheirismo, respeito, amor, compaixão**. Um ACS comentou sobre as dificuldades enfrentadas para entrarem nas casas das famílias, a desvalorização enquanto profissional da saúde e que todas as reclamações sobre a Unidade Local de Saúde (ULS) são feitas para eles.

Foi questionado sobre quais as atitudes adotadas pelos ACS diante das reclamações dos usuários. Alguns responderam que, atualmente, estão encaminhando as pessoas para participarem das reuniões do CLS e tentam explicar como é o funcionamento da ULS para tentar conscientizar a comunidade das dificuldades e limitações que o serviço enfrenta.

Num segundo momento, foi proposto aos participantes para representar algumas atividades na comunidade com o objetivo de mobilizar para participação nas reuniões do CLS. De acordo com o planejamento para esta oficina, sugerimos três formas de mobilização, que foram aceitas por todos. O grupo foi dividido em três sub grupos.

O grupo 1 confeccionou um cartaz convidando para reunião do CLS, montaram uma pauta para a reunião e descreveram algumas estratégias de divulgação.

O cartaz continha informações tais como dia, hora, local e uma prévia da pauta da reunião. Tal reunião discutiria sobre o funcionamento da ULS e junto com a comunidade buscaria resolver os problemas trazidos para o Conselho.

Perguntamos para o grande grupo se o cartaz motivaria a participação. Alguns responderam que poderia ser melhor, mais colorido e chamar mais a atenção. O grupo 1 também colocou que deveriam distribuir estes cartazes em todos os locais movimentados do bairro como ULS, mercados, bares, padarias e outros locais públicos para divulgar a reunião.

O grupo 2 encenou uma visita domiciliar de um ACS a uma senhora idosa que tinha várias reclamações sobre a ULS, sendo que a agente orientou sobre como e onde ela deveria levar suas reclamações, no próprio ULS e no CLS convidando-a para participar das reuniões, informou o dia, hora e local onde aconteceria a próxima e salientou a importância dos usuários participarem para levar suas reclamações ao conhecimento da ULS através do Conselho. Os demais participantes da oficina comentaram que as reclamações são exatamente com foi representado, porém, quando é orientado para procurar o CLS não há interesse em participar, alguns justificam a falta de resposta dos Conselhos às questões e o pouco conhecimento da comunidade sobre o funcionamento e os objetivos do CLS do bairro, maior parte dos moradores não sabem que existe um Conselho de Saúde na comunidade.

O terceiro grupo simulou a organização de uma associação comunitária, cuja principal atividade para os moradores era uma creche para crianças de 0 a 6 anos, filhos de pais desempregados, para que estes possam procurar emprego. Esta “creche” possui trinta (30) vagas e não possui nenhum convênio, é mantida através de doações. Perguntamos ao grupo sobre a possibilidade desta associação enfrentar dificuldades para continuar funcionando e atender com qualidade as crianças. O grupo respondeu que buscaria parceria com a iniciativa privada porque é extremamente complicado negociar com os órgãos públicos responsáveis. Em nenhum momento o grupo expressou a possibilidade de articular os usuários da creche e o CLS para buscar alguma solução na tentativa de resolver os problemas da associação. Alertamos para o fato e o próprio grupo demonstrou não acreditar na capacidade no CLS discutir e realizar ações no sentido de reivindicar melhorias para a comunidade.

O grupo como um todo concorda que falta uma conscientização maciça da comunidade sobre quais são seus direitos e onde devem procurar exercê-los. Paralelamente, existe uma cultura da dependência dos considerados menos favorecidos que ficam esperando as atitudes e ações dos outros para resolver seus problemas. Além destes fatores, existe também a cultura do individualismo, onde cada um quer apenas respostas para seus problemas

particulares, não há um pensamento coletivo. As pessoas estão envolvidas com as questões que correspondem aos seus interesses.

Após estas discussões, fizemos uma avaliação através de cartões coloridos da dinâmica desenvolvida na oficina e do conteúdo abordado, pedindo aos participantes que escrevessem suas impressões. A dinâmica foi avaliada como interessante, divertida e motivadora. O conteúdo discutido foi considerado bastante esclarecedor e construtivo, pois elucidou sobre questões que envolvem a desmotivação da comunidade em participar dos movimentos sociais, ajudou a entender melhor o papel do ACS como mobilizador e também permitiu a troca de informações entre os participantes.

Plano Oficina 1 - Funcionários da Unidade Local de Saúde Saco Grande.

(Apêndice 12)

Relato da Oficina 1 - Funcionários da Unidade Local de Saúde Saco Grande.

Data: 10 de novembro de 2004.

Local: Unidade Local de Saúde Saco Grande.

Horário: 10:00 h.

Estavam presentes 33 participantes entre funcionários da ULS, estagiários da nutrição, medicina e enfermagem, além das duas acadêmicas de enfermagem.

A oficina iniciou com a apresentação da proposta para o grupo e a distribuição dos cartões coloridos para divisão dos participantes em seis sub grupos.

Formados os sub grupos, tivemos, subgrupos 1 A e 1 B, 2 A e 2 B, 3 A e 3 B, respectivamente, vermelho e verde, amarelo e azul, rosa e branco. Cada sub grupo recebeu os pratos com as perguntas e em ordem, foi convidado a servi-se dos alimentos dispostos na mesa e das suas respectivas respostas.



Figura 14 – Dinâmica de Integração da Oficina 1 com a equipe de saúde da ULS Saco Grande

Foi um momento de integração, a equipe discutia o tema enquanto serviam-se e logo após se reuniam para confeccionar os painéis de respostas.



Figura 15 – Dinâmica de Integração da Oficina 1 com a equipe de saúde da ULS Saco Grande, 2004.

Terminado este momento, demos início à apresentação dos grupos.

O grupo 1A (vermelho), respondeu sobre quais as funções e os papéis do CLS. Todos participantes concordam que cabe, principalmente, ao Conselho aproximar a ULS dos usuários assim como o usuário da Unidade e permitir a participação popular no planejamento das atividades da ULS. Houve duas opiniões a respeito do conselho como espaço para defender os direitos dos usuários e de participação da comunidade no SUS. O grupo também escolheu como resposta, a possibilidade do conselho permitir à comunidade conhecer a estrutura, os serviços e as limitações da ULS.

O grupo 1B (verde), a respeito da questão anterior, reafirmou as respostas do grupo 1, intensificando a importância do CLS como meio para defender os direitos dos usuários. O grupo acrescentou que os Conselhos são ferramentas para buscar soluções para problemas locais da comunidade e são espaços para o exercício do controle social.

Os grupos 2 A (amarelo) e 2 B (azul), apontaram como dificuldades para a participação no CLS, o desconhecimento do real papel do Conselho, o local, o horário e o dia da reunião e a desmotivação pessoal para participar.

Quanto ao local da reunião alguns participantes afirmaram que falta uma estrutura adequada para a realização das reuniões do Conselho. Foi questionado o motivo das reuniões não acontecerem no auditório da ULS, o grupo concorda que é negativo para a participação da comunidade a vinculação entre o espaço do CLS e da ULS. Uma opção apontada foi distribuir as reuniões nas diferentes entidades e associações do bairro para proporcionar participação das diferentes áreas da comunidade, integrando as pessoas ao CLS e a própria entidade ou associação.

Sobre a falta de motivação para participar do CLS, todos concordam que está diretamente ligada a pouca resolutividade das questões levantadas nas reuniões do CLS, não há respostas sob forma de conquistas ou de encaminhamentos. A cada mês são levantados problemas e não são pensadas estratégias para buscar soluções. O grupo conclui que a comunidade não conhece a força do CLS em parceria com outros órgãos. Um participante alerta para o fato dos gestores não contribuírem na motivação das pessoas para participarem das políticas do município. A nível local, uma possibilidade de motivar a comunidade seria, em primeiro lugar, organizar as reuniões do Conselho, traçar metas para a atuação e avaliar a evolução dos trabalhos.

Os dois subgrupos apontaram facilidades para a participação. Para alguns, o local o dia, o horário e a periodicidade mensal das reuniões facilita a participação, bem como, o propósito da criação dos conselhos deveria facilitar a participação, pois, é a oportunidade da comunidade acompanhar o planejamento e a execução de ações para a saúde de sua área de abrangência.

Os grupos 3 A (rosa) e 3 B (branco) responderam sobre a importância do controle social através dos CLS para o SUS. Ambos concluíram que as funções do CLS são importantes quando são desempenhadas, pois possibilita aos usuários participarem da política de saúde que determina os serviços oferecidos a eles. As respostas foram semelhantes às funções e papéis do CLS atribuídos pelos subgrupos 1A e 1B. A importância do controle social para o SUS é, justamente, integrar a comunidade ao serviço de saúde e permitir a participação e a influência de suas necessidades na formulação das ações desenvolvidas pelo ULS.

Houve um pedido de um participante para a reflexão do grupo sobre a participação de todos no controle social, inclusive quem é usuário do sistema privado de saúde, questionando a participação destes no CLS, pois, todos os cidadãos de uma forma ou outra são usuários do SUS porque este sistema rege a saúde do país.

Outro participante questionou sobre o que realmente significa controle social, colocou que a palavra controle pode ser distorcida, fiscalizar os serviços de saúde pode gerar disputa de poder e dificultar parcerias essenciais para o funcionamento do CLS enquanto parceiro da ULS na busca de melhorias para o atendimento e para a comunidade em geral.

Enquanto facilitadoras do processo, colocamos ao grupo que o CLS tem a função de participar do planejamento e acompanhamento das ações da ULS, como colaborador do serviço, porque é composto por diferentes segmentos do bairro capazes de perceber os problemas enfrentados pela comunidade e de se unirem na busca de soluções e melhorias para tanto.

De fato, a palavra controle pode criar uma barreira para a atuação do CLS quando é erroneamente interpretada, colocando o Conselho contra o serviço de saúde local. Deve-se esclarecer que estes dois órgãos pertencem ao SUS, são legalmente constituídos e cada um possui diferentes funções, porém o CLS deve representar para a ULS uma parceria e um espaço de discussão para conhecer as necessidades locais e intervirem juntos em mudanças positivas para a coletividade.

A avaliação do encontro, tema e dinâmica, foi realizada através de fichas de avaliação por escrito. Dois participantes avaliaram o encontro como muito bom e excelente, oito disseram que o encontro foi bom, onze acharam interessante, oito avaliaram como bom e interessante e um como interessante e demorado. Para ilustrar descreveremos algumas expressões que traduzem a opinião da maioria.

“A dinâmica foi realizada de forma criativa, organizada e contou com a colaboração de todos”. (Margarida)

“A discussão foi muito produtiva, é sempre bom poder discutir buscando soluções, levantando os problemas”. (Rosa)

“ Acho que em alguns momentos fugiu-se um pouco do assunto tornando um pouco demorado. Deu pra conhecer bem a realidade do posto e a motivação dos funcionários para melhorar”. (Cravo)

“Propiciou a participação efetiva de todos os interessados. Promoveu levantamento de problemas e estratégias de solução. Trouxe dinâmicas motivantes e novos conhecimentos”.
(Orquídea)

“Despertou o interesse para a participação da reunião do Conselho Local”. (Jasmim)

“Uma forma diferenciada de motivar a participar, discutir e analisar sobre o conselho do seu bairro ou de outro, ter uma maior participação social do cidadão”. (Prímola)

“Me incentivou a participar dos conselhos locais já que nunca participei de nenhum”.
(Azaléia)

“Esclareceu questões nunca antes discutidas e através desta oficina ficou clara as funções e ações do Conselho comunitário, ULS e conselhos de saúde e porque as questões não são resolvidas rapidamente”. (Hortência)

“Trouxe esclarecimentos e despertou o interesse dos servidores”. (Antúrio)

“Foi bom para que a equipe possa conhecer melhor a respeito do Conselho de Saúde e se motivar para participar do mesmo”. (Girassol)

6.3. Curso de Capacitação para Conselheiros Locais de Saúde de Florianópolis.

Neste momento, buscamos relatar nossa participação durante o processo de planejamento, organização e desenvolvimento do Curso de Capacitação para Conselheiros Locais de Saúde, promovido pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) através do projeto de extensão, Comunidades Saudáveis: a efetivação do controle social no SUS através dos Conselhos Locais de Saúde, coordenado pela professora Marta Verdi e a parceria com o Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, através da Comissão de Acompanhamento dos Conselhos Locais.

A capacitação foi planejada a partir dos relatos obtidos através de entrevistas com vinte e nove conselheiros locais de saúde de Florianópolis que participaram de um projeto de Iniciação Científica também da UFSC. Eles elegeram temas fundamentais para desenvolverem suas funções como conselheiros. Estas questões subsidiaram a elaboração da programação deste Curso de Capacitação, dentre elas destacamos:

- Conceito de saúde;
- SUS: legislação e organização;
- Legislação referente ao controle social no SUS;
- Objetivos e a função dos Conselhos de Saúde;
- Estruturação dos Conselhos de Saúde;
- Dinâmica de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e Conselho Local de Saúde;
- O Conselho Local de Saúde no contexto do SUS;
- Papéis, funções e representatividade dos conselheiros;
- Mobilização comunitária: o que é e como fazer;
- Poder e empoderamento;
- Métodos e técnicas de trabalho em grupo (como organizar as reuniões), Instrumentos e técnicas de reconhecimento das necessidades de saúde da população.

Esta experiência se insere perfeitamente no contexto do nosso trabalho, pois possibilitou a ampliação da nossa perspectiva além da realidade até então por nós vivenciada e o intercâmbio de informações sobre como estão estruturados os demais CLS de Florianópolis, através da interação com seus representantes no Curso.

Sobretudo para os sujeitos de nossa prática, representou a oportunidade de proporcionar-lhes igualmente esta experiência de expandir suas perspectivas.

Nosso papel, durante os dias de estágio na comunidade, foi mobilizar para a participação no Curso. Utilizamos os espaços das reuniões do CLS e da ULS para convidar os conselheiros e os demais interessados em participarem da capacitação.

No total, foram seis inscrições no bairro Saco Grande, apenas um conselheiro de saúde. Destes inscritos, efetivamente, quatro participaram do Curso.

Além de um momento de construção do conhecimento acerca das questões que envolvem controle social, SUS e CLS, este momento foi significativo para a motivação de todos os personagens do cenário da participação popular.

Plano do Curso de Capacitação para Conselheiros Locais de Saúde.

(Apêndice 13)

Relatório Curso de Capacitação de Conselheiros Locais de Saúde.

Primeiro Dia

Data: 23 de outubro de 2004.

Local: Centro de Ciências da Saúde - UFSC

Horário: Das 9:00 às 18:00 horas.

- Conferência de Abertura: Sistema Único de Saúde. Clair Castilhos

Estavam presentes aproximadamente 62 participantes.

A conferencista iniciou uma apresentação revisando o conteúdo acerca do período de transição política do Brasil, principalmente quanto às políticas da saúde, com enfoque a partir da Reforma Sanitária. Foram lembrados os momentos da VIII Conferência Nacional de Saúde que representou nesta história o momento máximo para as decisões políticas de mudanças do modelo vigente na época.

Também foram apresentados os principais itens da Constituição Federal que garantem o direito à saúde, as Leis Orgânicas da Saúde, 8.080/90 e 8.142/90, bem como, as Normas Operacionais Básicas (NOB) e a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) que se configuraram ao longo da construção do SUS.

A Conferência teve duração média de duas horas. Em seguida foi aberto espaço para o debate dos participantes. As discussões foram em torno de alguns esclarecimentos sobre a organização e o funcionamento do SUS, principalmente quanto à organização dos serviços de saúde no nível local.

- Subgrupos de trabalho.

Os participantes fizeram sua inscrição para os grupos de trabalho, no período da tarde, com objetivo de discutirem temas específicos para cada grupo. Foram três subgrupos que discutiram respectivamente os seguintes temas: Legislação do SUS, Legislação Específica do Controle Social, Organização do SUS.

Os grupos desenvolveram as oficinas baseadas na proposta de dinâmica oferecida pela organização do Curso.

Os trabalhos eram iniciados com a apresentação dos integrantes do grupo com a eleição de um coordenador e um relator do grupo.

Em seguida, eram lidos os textos de apoio sobre o subtema proposto, para fomentar a discussão entre os participantes. As informações discutidas eram destacadas para a apresentação na plenária final, assim como, foram propostos alguns encaminhamentos baseados nestas discussões.

- Plenária final do Curso de Capacitação de Conselheiros Locais de Saúde.

Os trabalhos iniciaram às 16:40h, com a apresentação da coordenadora a convidada Clair Castilhos e relatora Laura Cavalcanti de Farias. A dinâmica proposta foi a apresentação dos relatórios dos grupos com seus respectivos sub temas sendo estipulado para cada um, o tempo máximo de 15 minutos e logo após seria aberta discussão por mais 10 minutos seguindo da aprovação dos participantes para as questões discutidas que gostariam que fossem encaminhadas questões sobre o material produzido por cada grupo. Com a aprovação unânime da plenária para o funcionamento da atividade, iniciou-se a apresentação dos sub grupos por seus relatores.

O grupo 1 trabalhou o sub tema “Legislação do SUS”, apresentou sua discussão principalmente acerca do Artigo 7º, Capítulo II da Lei 8.080/90, que trata dos Princípios e Diretrizes do SUS, fazendo um paralelo com o sistema privado de saúde quanto ao cumprimento ao estabelecido pela legislação. Quanto à integralidade do atendimento ao usuário, destacou-se que o SUS abrange desde a educação até a recuperação, passando desde os aspectos físicos, psicológicos e sociais do usuário, sendo que no sistema privado não existe esta integralidade, funcionando apenas de forma curativa.

Outra proposta foi a divulgação para a comunidade, pelas Unidades Locais de Saúde, sobre suas competências quanto a prestação de seus serviços, evitando desta maneira possíveis cobranças dos usuários sobre serviços que não compete às Unidades Locais de Saúde e a inversão de papéis entre o atendimento primário e o secundário. Bem como, é necessário divulgar e esclarecer para os usuários o princípio da descentralização político administrativa do SUS, para que se cumpra a descentralização dos serviços regionais e a hierarquização do atendimento (atendimentos primários, secundários e terciários).

O grupo também sugeriu a utilização dos dados epidemiológicos para o estabelecimento de prioridades ao traçar planos de ação e executar programas de saúde nas comunidades e a integração das ações de saúde com outras ações como meio ambiente e saneamento básico para contemplar o conceito ampliado de saúde.

Para concluir, é consenso do grupo que o serviço de saúde suplementar não cumpre os princípios do SUS, restringindo-se a uma fatia mercadológica, de especialidades, que não atua na prevenção, pois não gera lucro.

Relatório Curso de Capacitação de Conselheiros Locais de Saúde.

Segundo Encontro

Data: 06 de novembro de 2004.

Local: Centro de Ciências da Saúde - UFSC

Horário: Das 9:00 às 18:00 horas.

- Conferência: Mobilização Comunitária e Controle Social no Sistema Único de Saúde.
Águeda Wendhausen

Estavam presentes aproximadamente 68 participantes.

A conferência iniciou com a apresentação da professora Águeda sobre seu estudo a respeito da efetividade do controle social nos Conselhos gestores de saúde e dos resultados de sua pesquisa em alguns Conselhos Municipais de Saúde da região do município de Itajaí.

Num primeiro momento foram revistas algumas questões quanto à organização e o funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde, como, sua composição e representatividade. A apresentação propôs uma reflexão sobre a legitimidade *versus* a representatividade na composição dos Conselhos.

Em seguida, as relações de poder foram abordadas pela conferencista. O poder foi discutido, a partir de uma concepção positiva sobre a sua existência, pois graças ao poder ações se realizam. A diferença entre poder e dominação deve ser compreendida para enxergar o poder como algo capaz de modificar algo.

Foi sugerido, para organizar o momento de discussão nesta conferência, que o grupo elaborasse estratégias para mobilizar a participação comunitária nos CLS e contribuir com o funcionamento dos mesmos. Como resultado, tivemos:

- Pautas prévias para as reuniões;
 - Cronograma anual de reuniões;
 - Possibilitar outras formas de participação que vá além da falada (livro de registro reclamações, sugestões, etc...);
 - Implantar redes de Conselhos Locais de Saúde;
 - Propiciar capacitação para Recursos Humanos (humanização no atendimento, acolhimento).
 - Multiplicar as informações (usuário, conselheiro, comunidade);
 - Utilizar a infra-estrutura das Unidades de Saúde como apoio ao funcionamento do Conselho Local de Saúde;
 - Utilizar os meios de comunicação do município para divulgar as informações do conselho para a comunidade (estão disponíveis o Jornal do Campeche: 237-3405 c/ Ubiratan e o Jornal Portal Daqui – Barra da Lagoa: 337-5912).
 - Participar das reuniões das equipes de saúde;
 - Utilizar os recursos já existentes para denúncias, (Ouvidoria municipal: 239-1500 e 239-1520).
- Subgrupos de trabalho.

Como no primeiro dia do Curso, os participantes fizeram sua inscrição para os grupos de trabalho, no período da tarde, com objetivo de discutirem temas específicos para cada grupo. Foram três subgrupos que discutiram respectivamente os seguintes temas: Objetivos do Conselho Local de Saúde, Estrutura do Conselho Local de Saúde e Dinâmica de Funcionamento do Conselho Local de Saúde.

Os grupos desenvolveram as oficinas baseadas na proposta de dinâmica oferecida pela organização do Curso.

Os trabalhos eram iniciados com a apresentação dos integrantes do grupo com a eleição de um coordenador e um relator do grupo.

Em seguida, era lida a resolução 01 do Conselho Municipal de Saúde, de 11 de maio de 2000, para subsidiar as discussões entre os participantes. Também foram distribuídas questões norteadoras. As informações discutidas eram destacadas para a apresentação na plenária final, assim como, foram propostos alguns encaminhamentos baseados nestas discussões.

- Plenária final do Curso de Capacitação de Conselheiros Locais de Saúde.

Os trabalhos iniciaram às 16:30h, com a apresentação do coordenador Luiz Fernando Furlanetto, Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, e das reladoras Ana Paula Petry e Laura Cavalcanti de Farias. A dinâmica proposta foi à apresentação das propostas dos grupos a partir dos seus respectivos sub temas, sendo estipulado para cada apresentação, o tempo máximo de 15 minutos e logo após seria aberta discussão por mais 10 minutos de discussão para aprovação, modificação ou supressão das propostas.

Um representante do CMS sugeriu a mudança do termo ‘plenária’ para ‘fórum’, para denominar esta apresentação, alegando que desta forma, o relatório com as propostas poderia ser encaminhado ao CMS, que por sua vez o denominaria de plenária.

Desta forma, este momento passou a chamar-se Fórum dos Conselhos Locais de Saúde de Florianópolis-SC.

Com a aprovação unânime dos presentes, iniciou-se a apresentação das propostas dos sub grupos.

Grupo 1

- Efetivar a participação dos conselheiros no planejamento local de saúde nos Centros de Saúde e no acompanhamento da execução das ações.
- É preciso melhorar o universo de informações que operacionalizam os serviços entre os Centros de Saúde, conselheiros locais e comunidade.
- Previsão orçamentária via Conselho Municipal de Saúde para viabilizar informações, ações públicas de saúde através de meios de divulgação, como folders, murais, jornais, informativos locais, etc.
- Promover educação permanente para os Conselheiros Locais de Saúde.
- Que o Conselho Municipal de Saúde através de sua Home Page viabilize um Link para oportunizar troca de informações entre os conselhos locais.

Grupo 2

- Organização e pauta das reuniões do CLS, precisam ser divulgadas para comunidade;
- Trabalho pessoal de mobilização da comunidade por parte dos profissionais de saúde: na sala espera, consulta individual, grupos terapêuticos, visitas domiciliares, em relação ao CLS;
- Rotatividade no cargo de coordenador da ULS, renovação periódica;
- Estabelecer rede de comunicação entre CLS;
- Coordenador de ULS deve ser eleito pela comunidade e trabalhadores da saúde, a exemplo da direção de escolas;

Moção de repúdio:

- Entendemos que este fórum é contra atos de demissão de profissionais da saúde por participarem de atos comunitários; (INTIMIDAÇÃO).
- Entendemos que este fórum é contra atos de preconceito e discriminação de qualquer natureza no atendimento aos usuários.

Grupo 3

- Tanto na formação quanto na implementação é necessário que tenha maior flexibilidade na resolução nº 01 de 11/05/2000.
- Edição de um manual de instrução para formação dos novos CLS, com sugestões e orientações.
- Solicitamos maior assessoria do CMS na formação dos CLS.
- Encontrar uma maneira de estimular a participação dos profissionais das ULS nos CLS.
- Organizar eventos educativos em saúde, simultaneamente a outros eventos sociais de interesse da comunidade.
- Que seja viabilizado espaço físico específico e material administrativo para o funcionamento dos CLS.

Estas propostas foram discutidas e aprovadas pelos participantes deste fórum, que sugeriram encaminhá-las para o Conselho Municipal de Saúde; os Coordenadores regionais de Saúde; as Regionais de Saúde; os Conselhos Locais de Saúde e para a Comissão de Transição do governo do município de Florianópolis.



Figura 16 - Curso de Capacitação de Conselheiros Locais de Saúde de Florianópolis, novembro 2004.



Figura 17 - Curso de Capacitação de Conselheiros Locais de Saúde de Florianópolis, novembro 2004.

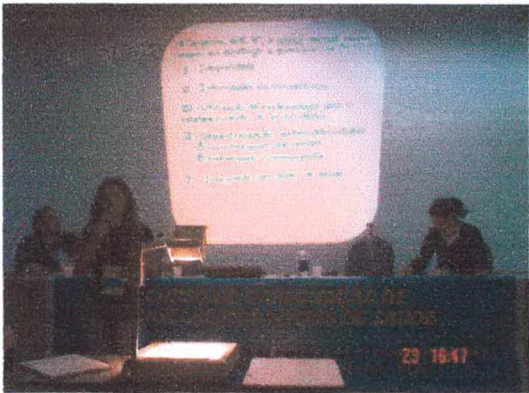


Figura 18 - Curso de Capacitação de Conselheiros Locais de Saúde de Florianópolis, novembro 2004.

CAPÍTULO 7

REFLETINDO ACERCA DO PROCESSO EDUCATIVO EM SAÚDE

7. REFLETINDO ACERCA DO PROCESSO EDUCATIVO EM SAÚDE.

Para desenvolver este processo de trabalho de educação em saúde, buscamos sustentação num referencial teórico metodológico que correspondesse às necessidades que a proposta estabelecia para sua prática.

Os elementos do referencial teórico do trabalho de educação em saúde de Ramos Gonzaga (1992 e 1999), proporcionaram refletir a práxis humana no cenário e com os sujeitos deste processo. Através de uma contínua reflexão e ação, foi possível buscar a transformação da práxis cotidiana-conservadora para uma práxis crítico-criativa, nos momentos vivenciados em nossas atividades práticas. Esta transformação é processual e contínua, além de enfrentar condições desfavoráveis ao processo. A finalidade do trabalho foi perseguida em todos os instantes, sobretudo, naqueles em que ultrapassamos as barreiras impostas pelo pensamento comum, atingindo outras perspectivas para pensar o cotidiano.

As bases metodológicas para desenvolver este trabalho educativo foram do educador Paulo Freire, visto que compartilhamos de sua ideologia de uma educação problematizadora e libertadora, considerando o homem como sujeito de mudança a partir de sua própria história. Os círculos de cultura para nós representaram o universo de elementos transformadores da práxis. Os momentos do Itinerário Freiriano foram delineados a cada encontro. Não houve seqüência para que ocorressem, mas, foram perfeitamente identificáveis. Certamente, o desvelamento crítico dos temas geradores, por sua dimensão, em nível de consciência e transformação, se tornou o momento mais sutil para ser percebido.

Os temas geradores foram levantados durante todos os processos de investigação temática nos círculos de cultura e proporcionaram sua codificação e decodificação posterior para que o grupo e nós, enquanto animadoras e facilitadoras do processo, prosseguíssemos com o passo que levaria a todos analisar as questões problemas e descobrir novos significados para os anteriormente atribuídos para elas. Este passo não foi único, nem mesmo o último para a transformação da consciência, porém, algumas vezes foi o primeiro para estimular o interesse pela mudança.

Gostaríamos de ressaltar que os momentos do Itinerário Freiriano ocorrem simultaneamente e se repetem num mesmo círculo de cultura.

Durante os encontros desenvolvidos, procuramos sempre trabalhar a temática do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS) e os Conselhos Locais de Saúde (CLS) como o espaço para o exercício do direito à participação popular nas políticas públicas e, especificamente, ao nível de Conselho Local, o direito de a comunidade acompanhar e participar dos serviços de saúde prestados à ela e discutir os fatores que influenciam direta ou indiretamente na saúde e na qualidade de vida da sua população.

Nossos objetivos foram delineados para corresponder às necessidades de participação no CLS, de compreensão sobre a idéia do controle social e de motivação para aqueles que fazem parte do cenário, através do conhecimento e percepção acerca do seu papel enquanto atores sociais nos movimentos populares.

Considerando as discussões promovidas nas oficinas e reuniões desenvolvidas na trajetória de construção das práticas educativas, percebemos que a falta de participação e de envolvimento da comunidade no CLS é fator desestimulante para os conselheiros. É importante salientar que a falta de participação é problema percebido e apontado pela comunidade, assim como a equipe de saúde também referenciou este motivo algumas vezes, como o pano de fundo para o não funcionamento do CLS.

Contudo, para a comunidade local, o Conselho de Saúde não demonstra resolutividade, não promove ações visíveis e, para alguns, é totalmente desconhecido.

Se analisarmos a opinião da comunidade em geral, confrontando com o pensamento expresso pelos conselheiros e pela equipe de saúde, visualizamos um ponto em comum, a mobilização comunitária para participação como determinante para o funcionamento efetivo do CLS dentro das propostas para a sua criação, como instância local do controle social no SUS.

É possível perceber claramente uma situação conflituosa e contraditória. Enquanto de um lado, temos o descontentamento quanto a pouca participação, de outro, temos a pouca participação pelo descontentamento com o CLS. Neste caso, mostra-se imprescindível quebrar este círculo vicioso, de ambos os lados, sendo necessário um trabalho de educação permanente, para a conscientização sobre a relação existente entre as possíveis respostas do CLS às necessidades da comunidade e a participação desta para alcançar os objetivos propostos.

É um processo lento, porém, construído no dia a dia de uma comunidade. A idéia da participação popular pode ser considerada recente para os moldes da nossa sociedade.

Demo (2001), acredita que a comunidade reconhecerá como seu um projeto capaz de revestir-se de traços culturais do grupo. O primeiro contato no sentido da mobilização participativa em uma comunidade deve ocorrer de algum modo que se identifique com a sua cultura e atraia esta comunidade quando ela perceber-se respeitada e falando a mesma linguagem dos agentes propositores de qualquer projeto.

O mesmo autor entende participação como conquista e não pode ser uma dádiva porque não poderia ser produto de conquista. Quando vemos a participação como dádiva ou concessão, acreditamos na figura de um doador que delimita espaço para a participação. Ao encararmos participação como conquista e autopromoção, as dificuldades são o ponto de partida para buscar formas de participar, os espaços devem ser conquistados em seus centímetros, os processos participativos tendem a ser lentos. A liberdade doada ou concedida não é interessante, a liberdade tem um significado transformador, deve ser construída, conquistada.

Se pensarmos no controle social como uma política nacional de participação, “ofertada”, apesar de conquistada pelas lutas da Reforma Sanitária, aqueles que provaram o sabor desta conquista foram poucos a se julgar em uma nação. O direito à participação, ainda não está presente no cotidiano popular. A consciência de oprimido e opressor é maior e está incutida em grande parte da população, sem distinção de classes porque o individualismo opera em todas as camadas sociais. O Estado deve ser o provedor de todas as necessidades dos cidadãos. Esta característica, inclusive, faz parte da maioria dos gestores que não promovem a participação e são adeptos do assistencialismo enquanto maneira de resolver problemas particulares e jamais coletivos. Entendemos que “a dádiva pode ser estratégia de manutenção do domínio sobre o assistido, porque este passa a depender do doador” (Demo, 2001, p. 68).

Wendhausen (2002), em seu estudo sobre as relações de poder e o controle social na saúde, faz uma análise a partir das obras do filósofo Michel Foucault e propõe uma reflexão acerca do risco de impor a participação como mais uma norma disciplinadora das práticas de saúde e não como resultado da vontade do cidadão. A autora considera que nas relações de poder há uma apropriação de parte da natureza dos outros por aqueles que supostamente detêm o poder.

É interessante notar as relações de poder também no âmbito dos CLS. Estas relações estão presentes em todos os espaços sociais, o poder não existe apenas em instituições públicas ou privadas, percebemos o poder em todas as relações humanas.

O CLS é o espaço instituído do poder delegado aos cidadãos de participarem das políticas do Estado, este espaço é composto por diferentes representações da sociedade, os representantes no CLS estabelecem relações de poder entre o CLS e a comunidade como um todo. Cabe analisar se esta relação de poder é construtiva para a participação ou representa uma barreira para comunidade tomar parte de um direito que também é seu.

Aquilo que define uma relação de poder, é um modo de ação que não age direta ou imediatamente sobre os outros, mas que age sobre sua própria ação. O exercício do poder é um conjunto de ações sobre ações possíveis; ele incita, induz, desvia, facilita ou torna mais difícil, amplia ou limita, torna mais ou menos provável; no limite ele coage ou impede absolutamente, mas é sempre uma maneira de agir sobre um ou vários sujeitos ativos, e o quanto eles agem ou são susceptíveis de agir” (WENDHAUSEN, 2002, p.128)

As discussões sobre as relações de poder são importantes no sentido de identificar outros fatores que dificultam a participação no CLS.

A partir de relatos desacreditados em relação às funções do Conselho, porque este não apresenta propostas concretas de ação na comunidade, podemos supor que estas pessoas não acreditam, primeiramente, no seu poder de participar e contribuir para mudar a realidade que tanto gera insatisfação e desinteresse para elas. Podemos também imaginar tratar-se de uma situação onde o CLS está escondido atrás das ‘cortinas’ do poder que inibem a comunidade de vislumbrar a oportunidade para a sua participação.

Por se tratar de um órgão instituído pelas políticas governamentais, o CLS adquiriu a característica de inacessibilidade dos demais órgãos públicos. Neste caso, a própria comunidade não assume o compromisso da participação nos serviços públicos, perpetuando-se a interpretação equivocada de que o público não é interesse próprio e sim um dever do Estado. Desta forma, o poder estará nas mãos de poucos e os demais sempre estarão esperando destes as ações que correspondem às suas necessidades. Isto ocorre em todos os setores governamentais, educação, saúde, habitação, segurança e outros.

Especialmente no setor saúde, os profissionais exercem uma relação de poder com as pessoas que procuram os serviços. São eles, os profissionais, os detentores do conhecimento capaz de modificar a qualidade de bem estar ao indivíduo e atendê-lo em suas angústias físicas, psicológicas e sociais.

No Conselho a representação dos trabalhadores da saúde pode representar uma limitação para a participação dos outros segmentos, devido a imediata ligação com o serviço de saúde. A comunidade pode julgá-los como cúmplices ou aliados dos gestores da saúde.

Por outro lado, o CLS, é visto por alguns profissionais da saúde, como uma tentativa ou ameaça ao desenvolvimento do seu trabalho. Durante o processo educativo por nós vivenciado surgiu a restrição ao uso do termo ‘controle social’, visto que controlar denota a intenção de fiscalizar. Ser fiscalizado no exercício de sua profissão, sem a definição de um propósito claro dos seus objetivos determina uma relação desconfortável entre “fiscalizador” e “fiscalizado”.

Em nível de CLS, cujo propósito é a comunidade, o sentido do controle social deverá estar fundamentado na possibilidade de proporcionar ações que visem a coletividade. É justamente este propósito que precisa ser despertado na consciência dos conselheiros, dos profissionais da saúde e da própria comunidade. Desta forma, e desenvolverá um sentido real à participação e ao envolvimento da população em movimentos sociais, a partir da transformação da consciência individual para a consciência coletiva.

Neste sentido, atribuímos ao momento do Curso de Capacitação de Conselheiros Locais de Saúde o sentido de espaço propulsor para o início ou desenvolvimento de uma transformação. Sua realização representou, para todos os envolvidos, uma oportunidade para refletir sobre o controle social no SUS através dos CLS, como os conselheiros estão configurados no município de Florianópolis e quais as estratégias para a efetivação aos mesmos.

Percebemos o quanto são semelhantes as dificuldades enfrentadas por todos e analisamos que a construção de uma nova consciência se faz necessária não só no cenário onde atuamos.

Assim como na trajetória do nosso trabalho, envolvidas no curso de capacitação pudemos verificar que a falta de mobilização e articulação nas comunidades, bem como, as relações de poder constituem-se nos principais obstáculos para que o CLS se torne real aos olhos de uma comunidade.

O processo de mudança e tomada de consciência pareceu-nos emergencial para consolidar a proposta da participação popular e ultrapassar os entraves que dificultam o funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde.

CAPÍTULO 8

CONSIDERAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES



8. CONSIDERAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES

Nossa proposta e a trajetória de nossa prática basearam-se, principalmente, no objetivo de desenvolver um trabalho de educação em saúde junto ao Conselho Local de Saúde (CLS), da área de abrangência da Unidade Local de Saúde (ULS) do bairro Saco Grande, para a construção do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS) e a transformação da práxis cotidiana-conservadora em uma práxis crítica-criativa dos sujeitos envolvidos.

Os Conselhos Locais de Saúde são instâncias do controle social em nível local, onde as comunidades estão inseridas, no desenvolvimento das políticas de saúde implementadas pelo SUS através dos serviços das Unidades Básicas de Saúde. A participação popular nestas políticas é assegurada pela Constituição Federal e as Leis Orgânicas de Saúde 8.080/90 e 8.142/90, e, portanto, os conselhos representam espaços nos quais este direito pode ser exercido pela população.

Enquanto futuros profissionais da saúde e conhecendo o processo de formação e estruturação dos Conselhos Locais de Saúde no município de Florianópolis, optamos por realizar nossa proposta de prática educativa neste cenário político e social. Esta proposta foi construída como uma estratégia de assegurar aos usuários do SUS a possibilidade de atuarem no controle das políticas e das ações de saúde para o atendimento de suas necessidades.

Os elementos do processo de trabalho de educação em saúde de Ramos Gonzaga (1992 e 1999) associados à proposta metodológica do educador Paulo Freire, foram os eixos norteadores para o desenvolvimento do nosso trabalho. O referencial teórico e a metodologia proporcionaram aos sujeitos do processo, Conselheiros, usuários, profissionais de saúde e nós, acadêmicas, uma experiência reflexiva através dos momentos vivenciados nos encontros e na comunidade, acerca dos nossos papéis enquanto cidadãos de uma sociedade organizada que busca no seu cotidiano o reconhecimento de sua cidadania.

Aos avaliarmos os objetivos propostos neste estudo, identificamos as dificuldades e as facilidades para implementar nossa proposta. As eleições municipais representaram um obstáculo para o desenvolvimento dos encontros planejados em nosso projeto inicial, pois as atenções estavam voltadas para este atual cenário político. Contudo, foi possível promover

algumas atividades que contribuíram com um universo de informações capazes de revelar as fragilidades e as potencialidades do CLS.

Como principais fragilidades, o CLS enfrenta a falta de participação e o desconhecimento por parte dos conselheiros acerca das suas funções e papéis, inclusive da sua própria existência na comunidade. Reconhecemos como potencialidades para o funcionamento do CLS, a presença, na comunidade, de lideranças nas diversas organizações do bairro, capazes de reestruturar a composição do CLS, assim como, de membros da ULS que mantêm firme o propósito de consolidar a idéia da atuação do CLS em nível local.

Assim, numa avaliação preliminar, consideramos nossos objetivos alcançados, pois compreendemos a construção e a efetivação do controle social no SUS como um processo. Desta forma, a ação transformadora deve ser contínua e respeitar todos os momentos pelos quais ela irá processar-se.

Esperamos que, com esta nossa prática, possamos ter proporcionado aos sujeitos envolvidos no processo uma maior compreensão acerca do seu papel enquanto agentes sociais na sua comunidade para mobilizar e articular ações que contribuam para o desenvolvimento de uma consciência cidadã.

Certamente esta experiência de realizar uma prática assistencial de Enfermagem no contexto da educação em saúde e dos Conselhos Locais de Saúde, constituiu para nós um grande desafio, pois atuamos na fronteira da chamada assistência através da prática educativa, percorrendo os caminhos de uma atuação inovadora, do ponto de vista de alguns parâmetros atribuídos às práticas de Enfermagem. Crescemos como futuros profissionais, pois desenvolvemos uma perspectiva diferenciada quanto à participação da(o) Enfermeira(o) no campo das políticas sociais e no desenvolvimento do seu trabalho assistencial impregnado com uma visão coletiva. Crescemos, sobretudo, como pessoas, pois compartilhamos dos anseios de uma comunidade.

Para a Enfermagem, esperamos, de alguma forma, ter contribuído para despertar o interesse da atuação profissional em novos espaços que convergem assistência, educação e exercício da cidadania.

CAPÍTULO 9

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMMANN, Safira Bezerra. **Participação social**. São Paulo: Cortez & Moraes, 1980.

BORGES, Renata. **Relatório das atividades desenvolvidas pelo Conselho Local de Saúde – período 09/05/00 a 02/10/03**. Mimeo. Florianópolis, 2003.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é método Paulo Freire**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho de saúde: guia de referências para sua criação e organização**. Brasília, 1994.

_____. **11ª Conferência Nacional de Saúde: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social: relatório final**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília, 2002.

_____. Lei Orgânica nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>>. Acessado em: 06 ago. 2004 a.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br>>. Acessado em 06 ago. 2004 b.

_____. **Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde “SUS – construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”**. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/rel10.htm>>. Acessado em 11 ago. 2004 c.

_____. **Relatório Preliminar da 12ª Conferência Nacional de Saúde** Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2003. Disponível em: <[http://www.conselho.saude.gov.br/12ª Conf Nacional/ Relatorio Preliminar 12ª CNS](http://www.conselho.saude.gov.br/12a_Conf_Nacional/Relatorio_Preliminar_12a_CNS)>. Acessado em 11 ago. 2004 d.

_____. Resolução nº 333 de 04 de novembro de 2003. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br>>. Acessado em 06 ago. 2004 e.

CALLIARI, Edman et al. Sistema Único de Saúde: a generalização do acesso aos serviços de saúde como direito do cidadão. In: HERR, L., SOUZA, M. de L. e REIBNITZ, K. S. (org.) **Fundamentando o exercício profissional do técnico de enfermagem**. Florianópolis: UFSC, CCS, NFR, SPB, 1999. (Série Auxiliar de Enfermagem; v.6) p.33-46.

CAMPOS, Ângela Werner Huber et al. **O controle social no SUS e sua relação com a Estratégia de Saúde da Família no Conselho Local de Saúde do bairro Monte Cristo – Florianópolis – SC**. Florianópolis: UFSC, 2003. (Trabalho de Conclusão de Curso), Pós Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina.

CARVALHO, Brígida Gimenez; MARTIN, Gilberto Berguio; CORDONI Jr., Luiz. A organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, Selma Maffei de, SOARES, Darli Antonio e CORDONI Jr., Luiz (Orgs.). **Bases da Saúde Coletiva**. Ed. Uel, 2001. p.27-59.

CARVALHO, Brígida Gimenez; PETRIS, Airton José; TURINI, Bárbara. A organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, Selma Maffei de e SOARES, Darli Antonio e CORDONI Jr., Luiz (Orgs.). **Bases da Saúde Coletiva**. Ed. Uel, 2001. p.93-109.

CARVALHO, Guido Ivan; SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CORREIA, Ana Paula Machado et al. **Relatório Diagnóstico da Comunidade e Abrangência do Centro de Saúde do Saco Grande**. UFSC, 2004. (Relatório de estágio curricular) Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que controle social?: Os conselhos de saúde como instrumento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

DEMO, Pedro. **Participação é conquista: noções de política social participativa**. São Paulo: Cortez, 1996.

ELSEN, Ingrid. et al. Cidadania: um novo conceito para a prática de enfermagem com famílias? **Texto & Contexto**. Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 106 – 115. jan/jun. 1992.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

FARIAS, Laura Cavalcanti de e VERDI, Marta. **COMUNIDADES SAUDÁVEIS: Conselhos Locais de Saúde como espaço de Controle Social para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde**. Relatório Final de Atividades PIBIC/CNPq - BIP UFSC 2003/2004. UFSC. Florianópolis, set.2004.

FIOCRUZ. Saúde homenageia Arouca. Disponível em <http://www.fiocruz.br/ccs/xiiconferencia/arouca_biografia.htm>. Acessado em 11 ago. 2004.

FLORIANÓPOLIS. Resolução nº 01 de 11 de maio de 2000. Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis. Mimeo. Florianópolis, 2000.

FREIRE, Ana Maria. Araújo. A voz da esposa: a trajetória de Paulo Freire. In: GADOTTI, Moacir. **Paulo Freire: uma bibliografia**. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 1996. p.27-67.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

_____. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GADOTTI, Moacir. A voz do biógrafo brasileiro: a prática à altura do sonho. In: GADOTTI, Moacir. **Paulo Freire: uma bibliografia**. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 1996. p.69-115.

GAIO, Teresa Cristina; FARIA, Eliana Marília. Cidadania, participação e controle social – requisitos para efetivar o SUS – reflexões. **Texto & Contexto**. Florianópolis, v. 9, n. 2, pt. 1, p. 264 – 273. mai/ago. 2000.

GERSCHMAN, Silvia. **A democracia inconclusa** - um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

GONÇALVES, Maria de Lourdes; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. Construindo o controle social e a cidadania em uma experiência concreta: o Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Ribeirão Preto (SP). **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 61, p. 167 – 175. maio/agosto. 2002

GONZAGA. **Para além do cotidiano: reflexões acerca do processo de trabalho de educação em saúde**. Florianópolis: UFSC, 1992. Dissertação de Mestrado em Enfermagem.

HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schuler Buss. **Participação popular na busca de uma melhor qualidade de vida: uma alternativa**. Florianópolis, UFSC, 1994. Dissertação de Mestrado em Enfermagem.

LOPES, M. L. da S e ALMEIDA, M. J. de. Conselhos Locais de Saúde em Londrina (PR): realidade e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 59, p. 16-28, set./dez. 2001.
MAFIOLETTI, Terezinha Maria. Controle social – a experiência no município de Curitiba. **Cogitare Enferm**. Curitiba, v.2, n.1, p. 9 – 14, jan/jun. 1997.

MARTINS, Adriana M. et al. **Diagnóstico de Saúde da Comunidade do Bairro Saco Grande II de Florianópolis**. UFSC, 2001.(Relatório de estágio curricular) Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MEDEIROS, Maria Cristina. **Refletindo sobre as práticas educativas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família**. Florianópolis: UFSC, 2003. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Área de Concentração em Filosofia Saúde e Sociedade.

MENDES, Eugenio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: TEIXEIRA, Carmen Fontes; MENDES, Eugenio Vilaça. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p.19-87.

OLIVEIRA, Andréia de. **A participação popular nos Conselhos populares de Saúde no município de Criciúma – SC**. Florianópolis: UFSC, 2001. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Saúde Pública – Área de Concentração em Administração de Planejamento de Serviços de Saúde.

RAMOS, Flávia Regina Souza. O processo de trabalho de educação em saúde. In: RAMOS, Flávia Regina Souza; VERDI, Marta Machado; KLEBA, Maria Elisabeth. **Para pensar no cotidiano: educação em saúde e a práxis da enfermagem**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999.

SILVA, Suely do Nascimento. **O Conselho Municipal de Saúde de Rio Largo – um estudo de caso sobre a participação social na política de saúde municipal**. Florianópolis: UFSC, 2000. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Saúde Pública – Área de Concentração em Administração de Planejamento de Serviços de Saúde.

SPOSATI, Aldaíza; LOBO, Elza. Controle social e políticas de saúde. **Cad. De Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 366 – 378, out/dez. 1992.

VERDI, Marta; SILVA, Maria Elisabeth Kleba da. **Prática Assistencial de Enfermagem: uma experiência de educação em saúde com grupos na comunidade**. Mimeo. Florianópolis, 1991.

VIANA, Regina D’Alva.et all. **Educação em saúde e a mobilização comunitária – Manual de técnicas**. Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina. (Mimeo). Florianópolis, 1991.

VOGES, Raquel. e ABREU, Sinara de. **O Conselho Local de Saúde como novo espaço de prática de enfermagem no controle social do SUS**. UFSC, 2003. (Trabalho de Conclusão de Curso), Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

WOSNY, Antonio de Miranda; SAUPE, Rosita; Universidade Federal de Santa Catarina. **Nasce o sol no sol nascente : organização popular numa perspectiva problematizadora de educação e saúde**. 1994. 121p Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina.

WENDHAUSEN, Águeda. **O duplo sentido do controle social: (des)caminhos da participação em saúde**. Itajaí: Ed UNIVALI, 2002.

*A*PÊNDICES

+

APÊNDICE 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Por este termo de consentimento, declaro que fui informado(a) dos objetivos do projeto e das atividades a serem realizadas durante o desenvolvimento da prática assistencial do Trabalho de Conclusão de Curso da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em enfermagem, da Universidade federal de Santa Catarina, que tem com título **“O Processo Educativo em Saúde como Prática de Enfermagem Junto aos Conselheiros Locais de Saúde para Construção do Controle Social no SUS”**.

Declaro ainda que fui informado(a) sobre os seguintes aspectos éticos:

1. Adesão voluntária ao grupo;
2. Liberdade para desistir da participação em qualquer momento, sem que isto implique em represálias atuais e futuras;
3. Sigilo em relação a identidade dos participantes e ao caráter confidencial das informações, bem como estas não serão utilizadas em meu prejuízo;
4. Liberdade de acesso aos dados em qualquer etapa da prática, bem como ao relatório final.

Assim, considero-me livre e esclarecido, concordando em participar da pratica assistencial proposta e autorizo, a utilização de gravador e máquina fotográfica, como instrumentos para coleta de dados.

Florianópolis, _____ de _____ de 2004.

Nome: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE 2: Cartaz da reunião do CLS, dia 20 de setembro de 2004.

VOCÊ CONHECE O CONSELHO LOCAL DE SAÚDE DO SACO GRANDE?

Você sabia que neste local você pode participar e discutir assuntos do seu interesse, como:

- Saúde do bairro
- Falta de creches
- Lixo
- Espaços para lazer e recreação

QUANDO?

**DIA 20 DE SETEMBRO DE 2004
ÀS 19:00 HORAS**

ONDE?

**NO CONSELHO COMUNITÁRIO DO SACO GRANDE – COMOSG
RUA VIRGÍLIO VÁRZEA S/N**

**“PARTICIPE E TRAGA SUAS IDÉIAS, VAMOS UNIR FORÇAS PARA O BEM DA
COMUNIDADE”.**

APÊNDICE 3: Cartaz da reunião do CLS, dia 18 de outubro de 2004.

REUNIÃO DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE DO SACO GRANDE

- DIA 18 DE OUTUBRO DE 2004.
- ÀS 19:00 HORAS NO CONSELHO COMUNITÁRIO DO SACO GRANDE - COMOSG

CONVIDAMOS TODOS OS MORADORES PARA CONHECER COMO FUNCIONA O CENTRO DE SAÚDE DO BAIRRO.

- ✓ ACOLHIMENTO
- ✓ MARCAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES
- ✓ ATENDIMENTO

E OUTROS ASSUNTOS DO INTERESSE DA COMUNIDADE SERÃO DISCUTIDOS NESTE DIA.

PARTICIPE!!!!!!

APÊNDICE 4: “Mosquitinhos” de divulgação da reunião CLS 18 de outubro de 2004.

REUNIÃO DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE DO SACO GRANDE

DIA 18 DE OUTUBRO DE 2004.
ÀS 19:00 HORAS NO CONSELHO COMUNITÁRIO
DO SACO GRANDE - COMOSG

CONVIDAMOS TODOS OS MORADORES PARA
CONHECER COMO FUNCIONA O CENTRO DE
SAÚDE DO BAIRRO.

- ✓ ACOLHIMENTO
- ✓ MARCAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES
- ✓ ATENDIMENTO

E OUTROS ASSUNTOS DO INTERESSE DA
COMUNIDADE SERÃO DISCUTIDOS NESTE DIA.
PARTICIPE!!!!!!

REUNIÃO DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE DO SACO GRANDE

DIA 18 DE OUTUBRO DE 2004.
ÀS 19:00 HORAS NO CONSELHO COMUNITÁRIO
DO SACO GRANDE - COMOSG

CONVIDAMOS TODOS OS MORADORES PARA
CONHECER COMO FUNCIONA O CENTRO DE
SAÚDE DO BAIRRO.

- ✓ ACOLHIMENTO
- ✓ MARCAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES
- ✓ ATENDIMENTO

E OUTROS ASSUNTOS DO INTERESSE DA
COMUNIDADE SERÃO DISCUTIDOS NESTE DIA.
PARTICIPE!!!!!!

REUNIÃO DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE DO SACO GRANDE

DIA 18 DE OUTUBRO DE 2004.
ÀS 19:00 HORAS NO CONSELHO COMUNITÁRIO
DO SACO GRANDE - COMOSG

CONVIDAMOS TODOS OS MORADORES PARA
CONHECER COMO FUNCIONA O CENTRO DE
SAÚDE DO BAIRRO.

- ✓ ACOLHIMENTO
- ✓ MARCAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES
- ✓ ATENDIMENTO

E OUTROS ASSUNTOS DO INTERESSE DA
COMUNIDADE SERÃO DISCUTIDOS NESTE DIA.
PARTICIPE!!!!!!

REUNIÃO DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE DO SACO GRANDE

DIA 18 DE OUTUBRO DE 2004.
ÀS 19:00 HORAS NO CONSELHO COMUNITÁRIO
DO SACO GRANDE - COMOSG

CONVIDAMOS TODOS OS MORADORES PARA
CONHECER COMO FUNCIONA O CENTRO DE
SAÚDE DO BAIRRO.

- ✓ ACOLHIMENTO
- ✓ MARCAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES
- ✓ ATENDIMENTO

E OUTROS ASSUNTOS DO INTERESSE DA
COMUNIDADE SERÃO DISCUTIDOS NESTE DIA.
PARTICIPE!!!!!!

REUNIÃO DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE DO SACO GRANDE

DIA 18 DE OUTUBRO DE 2004.
ÀS 19:00 HORAS NO CONSELHO COMUNITÁRIO
DO SACO GRANDE - COMOSG

CONVIDAMOS TODOS OS MORADORES PARA
CONHECER COMO FUNCIONA O CENTRO DE
SAÚDE DO BAIRRO.

- ✓ ACOLHIMENTO
- ✓ MARCAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES
- ✓ ATENDIMENTO

E OUTROS ASSUNTOS DO INTERESSE DA
COMUNIDADE SERÃO DISCUTIDOS NESTE DIA.
PARTICIPE!!!!!!

REUNIÃO DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE DO SACO GRANDE

DIA 18 DE OUTUBRO DE 2004.
ÀS 19:00 HORAS NO CONSELHO COMUNITÁRIO
DO SACO GRANDE - COMOSG

CONVIDAMOS TODOS OS MORADORES PARA
CONHECER COMO FUNCIONA O CENTRO DE
SAÚDE DO BAIRRO.

- ✓ ACOLHIMENTO
- ✓ MARCAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES
- ✓ ATENDIMENTO

E OUTROS ASSUNTOS DO INTERESSE DA
COMUNIDADE SERÃO DISCUTIDOS NESTE DIA.
PARTICIPE!!!!!!

APÊNDICE 5: Planejamento reunião mensal do Conselho Local de Saúde do Saco Grande.

Planejamento reunião mensal do Conselho Local de Saúde do Saco Grande

Tema: Conhecendo e discutindo sobre o Conselho Local de Saúde.

Data: 20 de setembro de 2004.

Local: Conselho Comunitário do Saco Grande - COMOSG

Horário: 19:30 horas.

Objetivos

- Discutir as relações de poder na sociedade.
- Conhecer as diferentes percepções dos conselheiros e da comunidade sobre o papel do CLS.
- Mobilizar para a participação no CLS.

Momentos da Reunião.

1º momento – Leitura da ata anterior e apresentação da proposta de pauta.

2º momento – Integração do grupo

Técnica: Dinâmica dos Bichos.

Distribuir a cada participante um papel dobrado que contem um nome de um bicho e pedir que não conte aos demais qual o seu bicho. Os bichos serão: um leão, um cavalo, um jacaré, um coelho e o restante serão ratos, o quanto houver de participantes que sobrarem. Em uma mesa será colocada uma barra de chocolate, três chocolates pequenos e várias balas. Cada bicho na mesma ordem anteriormente citada deverá ser chamado, um a um, para servir-se de qualquer doce da mesa.

3º momento - Discussão do grupo sobre a dinâmica e o tema da reunião.

4º momento – Encaminhamentos para a próxima reunião.

Programação

19:30 - Leitura da ata anterior e apresentação da proposta de pauta.

19:45 – Integração do grupo: Dinâmica dos Bichos.

20:00 – Discussão do grupo sobre a dinâmica e o tema da reunião.

20:30 – Encaminhamentos para a próxima reunião.

20:45 – Encerramento.

Recursos didático-pedagógicos:

Para a dinâmica de integração – Chocolates, balas e papel A4.

APÊNDICE 6: Plano Oficina 1- Conselheiros Locais de Saúde.

Plano Oficina 1- Conselheiros Locais de Saúde.

Tema: As funções e o papel dos Conselheiros Locais de Saúde.

Sujeitos: Conselheiros Locais de Saúde e acadêmicas de enfermagem.

Data: 07 de outubro de 2004.

Local: Conselho Comunitário do Saco Grande – COMOSG

Horário: 19:30 h.

Objetivo:

- Identificar a percepção dos conselheiros acerca de suas funções e do seu papel enquanto agente do controle social no SUS, a partir de sua realidade.

Momentos do processo educativo:

1º momento: Integração e motivação do grupo.

Técnica: Dinâmica das Cores e dos fatos

Cada participante será convidado a compartilhar com o grupo um fato positivo e outro negativo que ocorreu na semana que antecedeu esta oficina, associando-o a uma cor de sua preferência e a outra cor a qual não lhe agrada, respectivamente.

2º momento: Investigação dos temas geradores.

Técnica: Construção de painéis sobre as funções e os papéis dos Conselheiros.

Cada conselheiro receberá três cartões de cores diferentes, amarelo, azul e verde, nos quais deveriam responder as seguintes questões respectivamente: QUAL A FUNÇÃO DO CONSELHEIRO LOCAL DE SAÚDE, O QUE EU GOSTARIA DE FAZER COMO CONSELHEIRO e QUAIS AS DIFICULDADES EM DESENVOLVER MINHAS FUNÇÕES COMO CONSELHEIRO. Cada um deveria colar seus cartões nos painéis correspondentes à pergunta.

3º momento: Construção do conhecimento.

Técnica: Apresentação e discussão dos painéis.

Cada conselheiro deverá apresentar suas respostas ao grupo e expressar seu significado, propiciando a discussão entre os participantes e a aproximação teórica associando com os resultados obtidos através das percepções apresentadas por cada um.

4º momento: Avaliação.

- Avaliação da compreensão do tema.

Técnica: discussão em grupo.

Cada participante será estimulado a expressar oralmente, na sua opinião, qual o aprendizado construído com o encontro e qual sua contribuição para o exercício do seu papel como conselheiro, bem como, quais são as lacunas que ainda não foram preenchidas.

➤ Avaliação da dinâmica da oficina.

Técnica: Cartões coloridos.

Cada participante deverá avaliar a dinâmica do encontro através de cartões nas cores vermelho, amarelo e verde que significam respectivamente: **PARE** – O ENCONTRO FOI RUIM, **ATENÇÃO** – PODERIA SER MELHOR e **SIGA** – O SINAL PARA O CONHECIMENTO FOI ABERTO.

Programação

19:30 – Apresentação da proposta da oficina e desta programação

19:40 – Dinâmica de Integração

20:00 – Elaboração dos painéis de respostas

20:20 – Discussão sobre os painéis

20:50 – Avaliação da oficina em conjunto

21:10 – Encerramento

Recursos didáticos - pedagógicos:

Para os painéis – Folhas de papel cera e cartolinas coloridas, canetas hidrocor e fita adesiva.

Para avaliação da dinâmica da oficina – Cartolinas coloridas.

APÊNDICE 7: Planejamento reunião mensal do Conselho Local de Saúde do Saco Grande.

Planejamento reunião mensal do Conselho Local de Saúde do Saco Grande

Tema: Dinâmica de Funcionamento da Unidade Local de Saúde.

Data: 18 de outubro de 2004.

Local: Conselho Comunitário do Saco Grande - COMOSG

Horário: 19:00 horas.

Objetivos

- Apresentar a dinâmica de funcionamento da ULS para que a comunidade conheça a estrutura física e de recursos materiais e humanos, bem como, os serviços que são oferecidos à população.
- Identificar a percepção da comunidade acerca dos serviços da ULS, suas facilidades e dificuldades quando procuram atendimento no serviço de saúde local.
- Fortalecer a parceria entre os profissionais da ULS, a comunidade e o CLS.

Momentos da Reunião.

1º momento – Leitura da ata anterior e apresentação da proposta de pauta.

2º momento – Apresentação sobre Acolhimento. Serão apresentados painéis sobre como funciona e o que faz o serviço de acolhimento ao usuário na ULS.

3º momento – Apresentação do relatório de produção da ULS no mês de setembro/2004.

Serão apresentados painéis com dados sobre os números de atendimentos médicos e de enfermagem realizados por cada área de abrangência da ULS e o número de exames solicitados no mês de referência.

4º momento - Espaço para discussão do grupo o tema da reunião.

Neste momento, será aberta discussão a partir dos temas apresentados e dos relatos de experiências com o serviço de saúde dos participantes.

5º momento – Encaminhamentos para a próxima reunião.

Programação

19:00 - Leitura da ata anterior e apresentação da proposta de pauta.

19:15 – Apresentação sobre Acolhimento

19:30 – Apresentação do relatório de produção da ULS no mês de setembro/2004.

19:45 - Espaço para discussão do grupo o tema da reunião.

20:00 – Encaminhamentos para a próxima reunião.

20:30 – Encerramento.

Recursos didático-pedagógicos:

Para as apresentações de painéis – papel pardo, canetas hidrocor e fita adesiva.

APÊNDICE 8: Plano Oficina 2 - Conselheiros Locais de Saúde.

Plano Oficina 2 - Conselheiros Locais de Saúde.

Tema: “Conselho Local de Saúde – Funções e estratégias de ação para conselheiros”

Sujeitos: Conselheiros Locais de Saúde e acadêmicas de enfermagem.

Data: 04 de novembro de 2004.

Local: Conselho Comunitário do Saco Grande – COMOSG

Horário: 19:30 h.

Objetivos:

- Identificar e construir com os conselheiros as funções do CLS com referência na Resolução 01 do conselho Municipal de Saúde (CMS) e na realidade local.
- Construir estratégias de ação para implementar e para alcançar os objetivos do Conselho na comunidade.

Momentos do processo educativo:

1º momento: Integração e motivação do grupo.

Técnica: Dinâmica da teia

Um novelo de lã será dado a um participante que responderá para os demais “qual sua principal motivação para participar do CLS”, ele permanecerá com a ponta do novelo e passará o restante para um outro participante aleatoriamente que responderá a mesma pergunta e continua segurando o fio passando o novelo para os demais até formar uma teia no final.

2º momento: Investigação dos temas geradores.

Técnica: Caminho de estratégias.

Cada participante receberá uma caneta para preencher os vários caminhos que chegam às funções do CLS previstas na resolução 01 do CMS com as possíveis estratégias para buscar alcançá-las. Haverá uma maquete representando as funções e os caminhos, cada conselheiro também receberá um boneco para colocar na maquete, simbolizando onde eles estão atuando como conselheiros locais de saúde da comunidade.

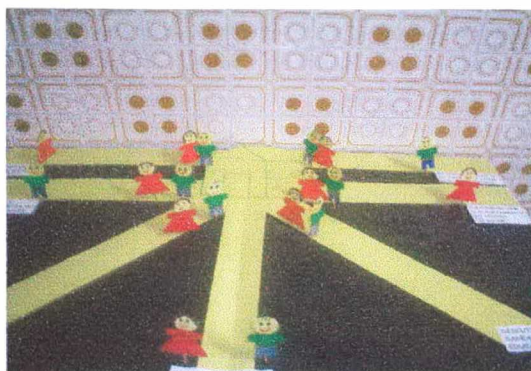


Figura 8 - Maquete dos Caminhos, Oficina 2, 2004.

3º momento: Construção do conhecimento.

Técnica: Discussão das funções e apresentações das estratégias.

Será iniciada uma discussão acerca das funções previstas na Resolução 01 do CMS e os conselheiros podem avaliar a aplicabilidade das mesmas de acordo com a realidade do CLS. Cada conselheiro também apresentará suas estratégias de ação para o funcionamento do Conselho de acordo com suas funções.

4º momento: Avaliação.

Serão distribuídas fichas de avaliação onde cada participante deverá responder: “Como foi o nosso encontro hoje?” Na primeira coluna serão oferecidas sugestões de algumas expressões faciais que simbolizam graus de satisfação e insatisfação. De acordo com a opção escolhida, na segunda coluna haverá um espaço para justificar a escolha.

Programação

19:30 – Apresentação da proposta da oficina e desta programação

19:40 – Dinâmica de Integração

20:00 – Construção das estratégias nos caminhos.

20:20 – Discussão e apresentação das estratégias.

20:50 – Distribuição das fichas de avaliação e avaliação da oficina em conjunto.

21:00 – Encerramento

Recursos didáticos - pedagógicos:

Para a dinâmica de integração – Novelo de lã.

Para a maquete dos caminhos: isopor, cartolinas, palitos, canetas hidrocor, cola, papel cera, fita adesiva.

Para avaliação – Papel A4 e canetas esferográficas.

APÊNDICE 9: Plano Oficina 1 - Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Plano Oficina 1 - Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Tema: O que é Controle Social e Conselho Local de Saúde?

Sujeitos: ACS área 330, enfermeira e acadêmicas de enfermagem.

Data: 16 de setembro de 2004.

Local: A Unidade Local de Saúde Saco Grande.

Horário: 8:30 h.

Objetivo:

- Construir com o grupo a identificação do papel e da importância do Conselho Local de Saúde, bem como, incentivar sua participação nas reuniões e ações do CLS.

Momentos do processo educativo:

1º momento: Integração do grupo.

Técnica: Dinâmica dos balões.

Distribuir um balão e um pedaço de papel em branco. Solicitar que as pessoas escrevam duas características pessoais no papel, a partir das quais as outras pessoas possam identificá-la. Em seguida todos deverão dobrar o papel e colocá-lo dentro do balão. Cada um deve encher seu balão e quando todos estiverem cheios, os participantes devem jogá-los uns aos outros aleatoriamente por um minuto. Após, o instrutor deve dar o sinal de parada, e neste momento cada um deve pegar o balão que estiver na sua frente e estourar. Cada participante deve ler o papel que estava no balão e procurar identificar a pessoa que escreveu e apresentá-la ao grupo.

2º momento: Investigação dos temas geradores.

Técnica: Construindo painel sobre CLS

Dividir o grupo em subgrupos de três participantes. Cada subgrupo deverá elaborar um painel com recortes de figuras e/ou palavras as quais eles associem com as seguintes perguntas: “O QUE FAZ O CLS?” e “QUAL A IMPORTANCIA DO CLS?”

3º momento: Construção do conhecimento.

Técnica: Apresentação e discussão do painel

Cada subgrupo apresentará ao grande grupo o painel construído expressando o significado das imagens e palavras utilizadas para representar as perguntas, sendo propiciada a discussão entre os participantes. Neste momento, as facilitadoras terão o papel de propiciar uma aproximação teórica entre os temas que surgiram no grupo, a literatura sobre o assunto e a realidade local.

4º momento: Avaliação.

- Avaliação da compreensão do tema.

Técnica: Discussão em grupo

Cada participante será estimulado a expor oralmente, na sua opinião, o que foi construído através do encontro e qual sua contribuição para a sua compreensão sobre o tema e o que falta para complementar e explorar mais o assunto.

- Avaliação da dinâmica da oficina.

Técnica: Painel avaliativo

Cada participante expressará sua avaliação do funcionamento da oficina, fazendo uma escolha dentre as opções sugeridas em um cartaz com figuras que simbolizam expressões de satisfação e insatisfação.

Programação

8:30 - Apresentação da proposta da oficina e desta programação

8:40 – Dinâmica de Integração

9:00 – Elaboração dos painéis de idéias.

9:15 – Intervalo

9:30 – Discussão sobre os painéis.

9:50 – Avaliação da oficina em conjunto.

10:00 – Encerramento.

Recursos didático-pedagógicos:

Para a dinâmica de integração – Balões coloridos, pedaços de papeis e canetas.

Para os painéis – Papel pardo, revistas, tesouras, colas canetas coloridas e fitas adesivas.

Para avaliação da dinâmica da oficina – Cartaz de avaliação e caneta.

APÊNDICE 10: Plano Oficina 2 - Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Plano Oficina 2 - Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Tema: O que é Controle Social e Conselho Local de Saúde?

Sujeitos: ACS das áreas 331 e 332, enfermeiras e acadêmicas de enfermagem.

Data: 03 de novembro de 2004.

Local: Unidade Local de Saúde Saco Grande.

Horário: 15:00 h.

Objetivos:

- Construir com o grupo a identificação do papel e da importância do Conselho Local de Saúde, bem como, incentivar sua participação nas reuniões e ações do CLS.
- Proporcionar aos demais ACS que não participaram da primeira oficina, o mesmo momento de construção do conhecimento sobre CLS.

Momentos do processo educativo:

Os momentos serão idênticos ao plano da oficina anterior, proposto aos ACS da área 330.

Programação

15:00 - Apresentação da proposta da oficina e desta programação

15:10 – Dinâmica de Integração

15:20 – Elaboração dos painéis de idéias.

15:40 – Intervalo

15:50 – Discussão sobre os painéis.

16:10 – Avaliação da oficina em conjunto.

16:20 – Encerramento.

APÊNDICE 11: Plano Oficina 3 - Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Plano Oficina 3 - Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Tema: O ACS com agente de mobilização comunitária.

Sujeitos: ACS área 330, enfermeira e acadêmicas de enfermagem.

Data: 04 de novembro de 2004.

Local: Unidade Local de Saúde Saco Grande.

Horário: 8:30 h.

Objetivos:

- Discutir o papel dos ACS como agente mobilizador para a participação popular e o controle social.
- Identificar estratégias cotidianas e desenvolver outras para o trabalho de mobilização.

Momentos do processo educativo:

1º momento: Integração do grupo.

Técnica: Dinâmica da corrente.

Formar um círculo, de mãos dadas, os participantes devem desenvolver com o grupo uma maneira de formar um outro círculo invertido, de costas um aos outros, sem soltar as mãos e sem cruzar os braços de algum deles.

2º momento: Investigação dos temas geradores.

Técnica: Dividir o grupo em três subgrupos. Será sugerido que os grupos trabalhem três formas diferentes de mobilização comunitária: um teatro representando uma visita domiciliar a uma família, elaborar um cartaz convidando para a reunião do Conselho Local de Saúde, simular uma entidade comunitária ou outras formas apontadas pelo grupo que lhes pareçam mais próximas de sua realidade.

3º momento: Construção do conhecimento.

Técnica: Cada subgrupo apresentará ao grande grupo suas formas de mobilização comunitária, prosseguindo com a discussão ao final de cada apresentação e a aproximação teórica entre os temas que surgiram no grupo e a realidade local.

4º momento: Avaliação.

Avaliação do tema e da dinâmica da oficina.

Técnica: Serão distribuídas fichas coloridas para avaliação escrita de cada participante sobre o tema e a respeito do encontro.

Programação

8:30 - Apresentação da proposta da oficina e desta programação

8:40 – Dinâmica de Integração

8:50 – Trabalho em sub grupos.

9:10 – Intervalo

9:20 – Apresentação dos sub grupos com discussão.

9:50 – Avaliação.

10:00 – Encerramento.

Recursos didático-pedagógicos:

Para os sub grupos – Papel pardo, folhas A4, revistas, tesouras, colas, canetinha hidrocor, canetas esferográficas e fita adesiva.

Para avaliação– Fichas de cartolina coloridas e canetas.

APÊNDICE 12: Plano Oficina 1 - Funcionários da Unidade Local de Saúde Saco Grande.

Plano Oficina 1 - Funcionários da Unidade Local de Saúde Saco Grande.

Tema: O Controle social no SUS e o Conselho Local de Saúde.

Sujeitos: Funcionários da Unidade Local de Saúde, estagiários e acadêmicas de enfermagem.

Data: 10 de novembro de 2004.

Local: A Unidade Local de Saúde Saco Grande.

Horário: 10:00 h.

Objetivos:

- Sensibilizar os funcionários da ULS acerca da importância da articulação entre CLS e ULS.
- Identificar a importância do controle social para o SUS de através da percepção dos funcionários da ULS.
- Discutir as facilidades e as dificuldades para o funcionamento do CLS do Saco Grande de acordo com os objetivos da sua existência.

Momentos do processo educativo:

1º momento: Integração do grupo.

Técnica: Mesa de Respostas.

Serão formados 6 grupos de acordo com a cor do cartão que cada participante receberá. Em seguida os participantes de cada grupo receberão pratos contendo uma pergunta. Serão três perguntas, uma para cada dois grupos. Por ordem de grupos, os participantes poderão dirigir-se até uma mesa contendo uma variedade de alimentos, cada qual correspondendo a uma resposta. Os participantes poderão se servir com os alimentos e com as sugestões de respostas para a pergunta de seu prato, bem como, de outros de acordo com sua vontade. O objetivo é servi-se das respostas sob forma de alimentos, ao mesmo tempo em que se faz uma integração entre o grupo.

As perguntas foram elaboradas em conjunto, com a supervisora e a orientadora deste trabalho, a partir das experiências dos encontros anteriores, buscando contemplar as questões que mais geram dúvidas entre os sujeitos desta oficina e possibilitariam uma maior compreensão e discussão acerca do tema proposto. Foram elas:

1. Quais funções e papéis do Conselho Local de Saúde?
2. Considerando a composição dos conselhos, quais as facilidades e/ou dificuldades para a participação?
3. Qual a importância do controle social através dos Conselhos locais para o SUS?

As sugestões de respostas seguiram a mesma lógica das perguntas, para a sua elaboração. Formulamos respostas que poderiam ser encaixadas com uma ou mais perguntas. A literatura sobre o tema, a Resolução 01 do CMS, também embasou a formulação destas respostas.

Segue abaixo, as respostas:

- Participação da comunidade no SUS.
- Aproximação do serviço de saúde aos usuários e dos usuários com o serviço.
- Participação popular no planejamento e acompanhamento das atividades da Unidade Local de Saúde.
- Defesa dos direitos dos usuários.
- Permite que a Unidade Local de Saúde conheça as necessidades da comunidade como um todo.
- Permite a comunidade conhecer a estrutura, os serviços e as limitações da Unidade Local de Saúde.
- Colabora na definição de metas para sua área de abrangência.
- Horário e dia da reunião.
- Local da reunião.
- Reuniões mensais,
- Desmotivação pessoal para participar.
- Desconhecimento do real papel do Conselho.
- Mobilização comunitária no Conselho Local de Saúde.

2º momento: Investigação dos temas geradores.

Técnica: Construindo painéis de respostas.

Cada subgrupo receberá folhas de papel pardo, canetas hidrocor e cola para construir um painel com as respostas para a pergunta correspondente ao seu grupo, poderão optar apenas pelas sugestões de respostas da mesa e/ou com elaborar outras através da discussão do grupo.

3º momento: Construção do conhecimento.

Técnica: Apresentação e discussão dos painéis

Cada subgrupo apresentará ao grande grupo suas respostas, abrindo-se espaço para os participantes discutirem as questões geradas pelas perguntas e respostas. As facilitadoras participarão neste momento com a função de aproximar a teoria com os temas levantados pelo grupo em acordo com as experiências vivenciadas pelos participantes.

4º momento: Avaliação.

Serão distribuídas fichas de avaliação onde cada participante deverá responder: “Como foi o nosso encontro hoje?” Na primeira coluna serão oferecidas sugestões de algumas expressões faciais que simbolizam graus de satisfação e insatisfação. De acordo com a opção escolhida, na segunda coluna haverá um espaço para justificar a escolha.







AVALIAÇÃO DA DINÂMICA DO ENCONTRO COMO FOI NOSSO ENCONTRO HOJE?		
	FOI BOM!	POR QUE?
	FOI RAZOÁVEL!	
	FOI DEGRADO!	
	FOI INTERESSANTE!	
	FOI CONFUSO!	
	FOI RUIM!	

Figura 13 - Ficha de Avaliação do encontro.

Programação

- 10:00 - Apresentação da proposta da oficina e desta programação
- 10:10 – Dinâmica de Integração e elaboração dos painéis de resposta.
- 11:00 – Discussão sobre os painéis.
- 11:30 – Distribuição das fichas de avaliação e avaliação da oficina em conjunto.
- 11:40 – Encerramento

Recursos didático-pedagógicos:

Para a dinâmica de integração – Treze variedades de alimentos, pratos, copos, guardanapos, papel A4 e papel cartão e cartolinas.

Para os painéis – Papel pardo, papel A4, colas, canetas hidrocor.

Para avaliação – Papel A4 e canetas esferográficas.

APÊNDICE 13: Plano do Curso de Capacitação para Conselheiros Locais de Saúde.

Plano do Curso de Capacitação para Conselheiros Locais de Saúde.

Sujeitos: Conselheiros Locais de Saúde, profissionais da saúde, representantes de organizações sociais e usuários.

Datas: Dias 23 de outubro e 06 de novembro.

Local: Universidade Federal de Santa Catarina – Centro de Ciências da Saúde

Horário: Das 09:00 às 12:00 horas e das 13:30 às 18:00 horas.

Objetivos

- Contribuir para a efetivação do SUS por meio dos Conselhos Locais de Saúde de Florianópolis;
- Promover a difusão e incorporação da concepção Cidades/Comunidades Saudáveis como base estruturante da Estratégia de Saúde da Família e do SUS;
- Propiciar a capacitação dos conselheiros locais de saúde para o efetivo controle social do SUS;
- Contribuir na formação dos conselheiros locais de saúde para a qualificação dos Conselhos Locais de Saúde;
- Fortalecer a participação popular no controle social do SUS.

Metodologia

A dinâmica do Curso terá a mesma estrutura nos dois dias.

Após a abertura do Curso, será realizada uma conferência, com momento para debate entre os participantes. Ainda pela manhã, serão dadas as orientações para a dinâmica de trabalho dentro dos grupos (divisão dos participantes, escolhas dos temas, dinâmica de trabalho e local das oficinas) que será realizada no período da tarde.

No retorno do intervalo para almoço, teremos um tema geral, dividido em três temas específicos, relacionados, para os trabalhos nos subgrupos. Nesses grupos, será desenvolvida uma proposta de trabalho baseada em três momentos: informação aos participantes sobre o tema (através de textos e exposição do mediador); debate entre os participantes incentivando o raciocínio entre o “ideal” e o “real”; e encaminhamento sobre a discussão e as propostas dos participantes, relevantes para serem levadas ao grande grupo em um momento final a qual chamaremos de plenária. Cada subgrupo contara com um facilitador e um relator do Curso, os participantes deverão eleger um coordenador e um relator entre os presentes para auxiliarem nos trabalhos e representá-los na apresentação do grupo na plenária.

Programação:

Dia 23 de outubro de 2004.

09 horas – Boas Vindas - Abertura.

09:30 h – *Conferência*: Sistema Único de Saúde. Clair Castilhos – Departamento de Saúde Pública – UFSC.

10:30 h – Debate.

11 horas – Orientações da Dinâmica da Oficina e Entrega do Material.

12 horas – Almoço.

13:30 h – *Tema Geral*: Para Compreender o Sistema Único de Saúde.

Grupo 1 – *Subtema*: Legislação do SUS.

Grupo 2 – *Subtema*: Legislação Específica do Controle Social.

Grupo 3 – *Subtema*: Organização do SUS.

16 horas – Coffee Break

16:30 – Plenária.

18:00 – Encerramento.

Dia 06 de novembro de 2004.

09 horas – Integração.

09:30 h – *Conferência*: Mobilização Comunitária e Controle Social no Sistema Único de Saúde. Águeda Wendhausen – Coordenadora do mestrado profissionalizante em Saúde - UNIVALI

10:30 h – Debate.

11:30 h – Orientações da Dinâmica da Oficina.

12 horas – Almoço.

13:30 h – *Tema Geral*: O Conselho Local de Saúde no Contexto do Sistema Único de Saúde.

Grupo 1 – *Subtema*: Objetivos do Conselho Local de Saúde.

Grupo 2 – *Subtema*: Estrutura do Conselho Local de Saúde.

Grupo 3 – *Subtema*: Dinâmica de Funcionamento do Conselho Local de Saúde.

16 horas – Coffee Break

16:30 – Plenária.

18:00 – Encerramento.

Recursos:

- **Estrutura Física:**

- Um auditório com capacidade para 80 pessoas, contendo:
 - Projetor multimídia;
 - Tela projetora;
 - Retroprojeter;
 - Notebook;
 - Quadro branco.
- Três salas para realização das oficinas, contendo:
 - Um projetor multimídia por sala;
 - Uma tela projetora por sala;
 - Um retroprojeter por sala;
 - Um Notebook por sala;

- **Didático:**

Textos referentes aos temas determinados para a oficina. Os textos servirão como apoio para atividades e embasamento teórico para discussões entre os participantes.

- **Material de Apoio:**

Canetas, folhas A4, pincéis para quadro branco, apagador para quadro branco, pastas com elástico, etiquetas, folders explicativos, disquetes, transparências, canetas para retroprojeter, pincel atômico, papel pardo, fita adesiva.

APÊNDICE 14: Folder do Curso de Capacitação de Conselheiros Locais de Saúde.

ORGANIZAÇÃO

- Conselho Municipal de Saúde Florianópolis
Comissão de Acompanhamento dos Conselhos
Locais de Saúde de Florianópolis
- Universidade Federal de Santa Catarina
Departamento de Saúde Pública
Projeto Comunidades Saudáveis: A efetivação do
controle social no SUS através dos Conselhos
Locais de Saúde.

APOIO

- Conselho Municipal de Saúde Florianópolis
- Pró Reitoria de Cultura e Extensão - UFSC
- Programa Pró Extensão 2003

Desde 1990, a participação popular e o controle social no Sistema Único de Saúde (SUS) estão previstos e garantidos através das Leis Orgânicas de Saúde (LOS) (Leis nº 8080 e 8142/90). Uma das estratégias de controle social, apontadas na lei, é a formação de Conselhos de Saúde nos diferentes níveis de gestão do SUS: nacional, estadual, municipal e local.

Na prática a participação popular tem se constituído num desafio permanente. Os Conselhos Locais de Saúde ainda carecem de estruturação em termos de recursos físicos, materiais e capacitação dos conselheiros.

Com o objetivo de contribuir na capacitação dos Conselheiros Locais de Saúde, a UFSC e o Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis organizaram o Curso de Capacitação para Conselheiros Locais de Saúde e convidam você, Conselheiro, a participar.

CURSO DE CAPACITAÇÃO DE CONSELHEIROS LOCAIS DE SAÚDE

Florianópolis - 23 de outubro e 06 de novembro de 2004
Centro de Ciências da Saúde - UFSC

Informações

O material didático e o almoço de todos participantes serão custeados pela coordenação do curso

Contatos

Conselho Municipal de Saúde
Fone: 2391552 (à tarde)
E-mail: cms@pmf.sc.gov.br

Universidade Federal de Santa Catarina
Fone: 331 9388
E-mail: adi.afj@ig.com.br

PROGRAMAÇÃO

Primeiro Dia: 23 de outubro de 2004

Auditório CCS - UFSC

09:00 h – Boas Vindas - Abertura.

09:30 h – *Conferência I: Sistema Único de Saúde.* Clair Castilhos Coelho – Departamento de Saúde Pública – UFSC.

10:30 h – Debate.

11:00 h – Orientações da Dinâmica da

Oficina Entrega do Material.

12:00 h – Almoço.

13:30 h – *Tema Geral: Para Compreender o Sistema Único de Saúde.*

Grupo 1 – Subtema: Legislação do SUS.

Grupo 2 – Subtema: Legislação Específica do Controle Social.

Grupo 3 – Subtema: Organização do SUS.

16:00 h – Coffee Break

16:30 h – Plenária.

18:00 h – Encerramento

PROGRAMAÇÃO

Segundo Dia: 06 de novembro de 2004

Auditório CCS - UFSC

09:00 h – Integração

09:30 h – *Conferência II: Mobilização Comunitária e Controle Social no SUS.* Águeda Wendhausen - Coordenadora do Mestrado Profissionalizante em Saúde - UNIVALI

10:30 h – Debate.

11:30 h – Orientações da Dinâmica da Oficina.

12:00 h – Almoço.

13:30 h – *Tema Geral: O Conselho Local de Saúde no contexto do SUS.*

Grupo 1 – Subtema: Objetivos do

Conselho Local de Saúde.

Grupo 2 – Subtema: Representação do

Conselho Local de Saúde.

Grupo 3 – Subtema: Dinâmica de

Funcionamento do Conselho

Local de Saúde.

16:00 h – Coffee Break

16:30 h – Plenária.

18:00 h – Encerramento.

FICHA DE INSCRIÇÃO

(Favor preencher com letra legível)

Nome: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Conselho Local de Saúde: _____

Segmento que Representa:

☐ Usuário

☐ Profissional de Saúde

☐ Entidade Governamental

☐ Entidade Não Governamental

Entregar Ficha de Inscrição no
Centro de Saúde do seu Conselho,
até o dia 20 de outubro de 2004.

*A*NEXOS



ANEXO 1: Artigos 1º ao 7º da Lei Orgânica de Saúde nº 8.8080 de 19 de setembro de 1990.

Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990.

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O Presidente da República, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Disposição Preliminar

Art. 1º - Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

TÍTULO I

Das Disposições Gerais

Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde

da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

TÍTULO II

Do Sistema Único de Saúde

Disposição Preliminar

Art. 4º - O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde-SUS.

§ 1º - Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para a saúde.

§ 2º - A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde-SUS, em caráter complementar.

CAPÍTULO I

Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5º - Dos objetivos do Sistema Único de Saúde-SUS :

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no §1º do artigo 2º desta Lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde-SUS:

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas, para consumo humano;

IX - participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º - Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º - Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º - Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde-SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração,

armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentem riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e a empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração, a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO II

Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

ANEXO 2: Lei Complementar nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo.

§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei.

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Art. 5º É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta lei.

Art. 6º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 28 de dezembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

ANEXO 3: Resolução 333 do Conselho Nacional de Saúde, de 04 de novembro de 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº 333, DE 4 DE NOVEMBRO DE 2003

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Centésima Trigésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 3 e 4 de novembro de 2003, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e

Considerando os debates ocorridos nos Conselhos de Saúde, nas três esferas de Governo, na X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, nas Plenárias Regionais e Estaduais de Conselhos de Saúde, na 9ª, na 10ª e na 11ª Conferências Nacionais de Saúde, e nas Conferências Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde;

Considerando a experiência já acumulada do Controle Social da saúde e reiteradas demandas de Conselhos Estaduais e Municipais referentes às propostas de composição, organização e funcionamento dos Conselhos de Saúde, conforme § 5º, inciso II, artigo 1º, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

Considerando a ampla discussão da Resolução do CNS nº 33/92 realizada nos espaços de Controle Social, entre os quais se destacam as Plenárias de Conselhos de Saúde;

Considerando o objetivo de consolidar, fortalecer, ampliar e acelerar o processo de Controle Social do SUS, por intermédio dos Conselhos Nacional, Estaduais, Municipais, das Conferências de Saúde e das Plenárias de Conselhos de Saúde; e

Considerando que os Conselhos de Saúde, consagrados pela efetiva participação da sociedade civil organizada, representam um pólo de qualificação de cidadãos para o Controle Social nas demais esferas da ação do Estado.

R E S O L V E:

Aprovar as seguintes DIRETRIZES PARA CRIAÇÃO, REFORMULAÇÃO, ESTRUTURAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE:

DA DEFINIÇÃO DE CONSELHO DE SAÚDE

Primeira Diretriz: Conselho de Saúde é órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90. O processo bem-sucedido de descentralização tem determinado a ampliação dos Conselhos de Saúde que ora se estabelecem também em Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. O Conselho de Saúde consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da Saúde, como Subsistema da Seguridade Social, propiciando seu controle social.

Parágrafo único. Atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros.

DA CRIAÇÃO E REFORMULAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Segunda Diretriz: A criação dos Conselhos de Saúde é estabelecida por lei municipal, estadual ou federal, com base na Lei nº 8.142/90.

Parágrafo único. Na criação e reformulação dos Conselhos de Saúde o poder executivo, respeitando os princípios da democracia, deverá acolher as demandas da população, consubstanciadas nas conferências de saúde.

DA ORGANIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Terceira Diretriz: A participação da sociedade organizada, garantida na Legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários, em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de usuários, de trabalhadores de saúde, do governo e de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho, em Reunião Plenária.

I - O número de conselheiros será indicado pelos Plenários dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, devendo ser definido em Lei.

II - Mantendo ainda o que propôs a Resolução nº 33/92 do CNS e consoante as recomendações da 10ª e da 11ª Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:

- a) 50% de entidades de usuários;
- b) 25% de entidades dos trabalhadores de saúde;
- c) 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

III - A representação de órgãos ou entidades terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto de forças sociais, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde. De acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade, poderão ser contempladas, dentre outras, as seguintes representações:

- a) de associações de portadores de patologias;
- b) de associações de portadores de deficiências;
- c) de entidades indígenas;
- d) de movimentos sociais e populares organizados;
- e) movimentos organizados de mulheres, em saúde;
- f) de entidades de aposentados e pensionistas;
- g) de entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;
- h) de entidades de defesa do consumidor;
- i) de organizações de moradores.

- j) de entidades ambientalistas;
- k) de organizações religiosas;
- l) de trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe;
- m) da comunidade científica;
- n) de entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;
- o) entidades patronais;
- p) de entidades dos prestadores de serviço de saúde;
- q) de Governo.

IV - Os representantes no Conselho de Saúde serão indicados, por escrito, pelos seus respectivos segmentos entidades, de acordo com a sua organização ou de seus fóruns próprios e independentes.

V - O mandato dos conselheiros será definido no Regimento Interno do Conselho, não devendo coincidir com o mandato do Governo Estadual, Municipal, do Distrito Federal ou do Governo Federal, sugerindo-se a duração de dois anos, podendo os conselheiros serem reconduzidos, a critério das respectivas representações.

VI - A ocupação de cargos de confiança ou de chefia que interfiram na autonomia representativa do conselheiro, deve ser avaliada como possível impedimento da representação do segmento e, a juízo da entidade, pode ser indicativo de substituição do conselheiro.

VII - A participação do Poder Legislativo e Judiciário não cabe nos Conselhos de Saúde, em face da independência entre os Poderes.

VIII - Quando não houver Conselho de Saúde em determinado Município, caberá ao Conselho Estadual de Saúde assumir, junto ao executivo municipal, a convocação e realização da 1ª Conferência Municipal de Saúde, que terá como um de seus objetivos a criação e a definição da composição do Conselho Municipal. O mesmo será atribuído ao CNS, quando da criação de novo Estado da Federação.

IX - Os segmentos que compõem o Conselho de Saúde são escolhidos para representar a sociedade como um todo, no aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS).

X - A função de Conselheiro é de relevância pública e, portanto, garante sua dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro, durante o período das reuniões, capacitações e ações específicas do Conselho de Saúde.

DA ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Quarta Diretriz: Os Governos garantirão autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, Secretaria Executiva e estrutura administrativa.

I - O Conselho de Saúde define, por deliberação de seu Plenário, sua estrutura administrativa e o quadro de pessoal conforme os preceitos da NOB de Recursos Humanos do SUS.

II - As formas de estruturação interna do Conselho de Saúde voltadas para a coordenação e direção dos trabalhos deverão garantir a funcionalidade na distribuição de atribuições entre conselheiros e servidores, fortalecendo o processo democrático, no que evitará qualquer procedimento que crie hierarquia de poder entre conselheiros ou permita medidas tecnocráticas no seu funcionamento.

III - A Secretaria Executiva é subordinada ao Plenário do Conselho de Saúde, que definirá sua estrutura e dimensão.

IV - O orçamento do Conselho de Saúde será gerenciado pelo próprio Conselho de Saúde.

V - O Plenário do Conselho de Saúde que se reunirá, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, funcionará baseado em seu Regimento Interno já aprovado. A pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência. As reuniões plenárias são abertas ao público.

VI - O Conselho de Saúde exerce suas atribuições mediante o funcionamento do Plenário, que, além das comissões intersetoriais, estabelecidas na Lei nº 8.080/90, instalará comissões internas exclusivas de conselheiros, de caráter temporário ou permanente, bem como outras comissões intersetoriais e grupos de trabalho para ações transitórias. Grupos de trabalho poderão contar com integrantes não conselheiros.

VII - O Conselho de Saúde constituirá uma Coordenação Geral ou Mesa Diretora, respeitando a paridade expressa nesta Resolução, eleita em Plenário, inclusive o seu Presidente ou Coordenador.

VIII - As decisões do Conselho de Saúde serão adotadas mediante quórum mínimo da metade mais um de seus integrantes.

IX - Qualquer alteração na organização dos Conselhos de Saúde preservará o que está garantido em Lei, e deve ser proposta pelo próprio conselho e votada em reunião plenária, para ser alterada em seu Regimento Interno e homologada pelo gestor do nível correspondente.

X - A cada três meses deverá constar das pautas e assegurado o pronunciamento do gestor das respectivas esferas de governo, para que faça prestação de contas em relatório detalhado contendo dentre outros, andamento da agenda de saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria contratada ou conveniada, de acordo com o artigo 12 da Lei n.º 8.689/93, destacando-se o grau de congruência com os princípios e diretrizes do SUS.

XI - Os Conselhos de Saúde, desde que com a devida justificativa, buscarão auditorias externas e independentes, sobre as contas e atividades do Gestor do SUS, ouvido o Ministério Público.

XII - O Pleno do Conselho deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos. As resoluções serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-se-lhes publicidade oficial. Decorrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução, nem enviada pelo gestor ao Conselho justificativa com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o Conselho de Saúde podem buscar a validação das resoluções, recorrendo, quando necessário, ao Ministério Público.

DA COMPETÊNCIA DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Quinta Diretriz: Aos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, que têm competências definidas nas leis federais, bem como, em indicações advindas das Conferências de Saúde, compete:

I - Implementar a mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social de Saúde.

II - Elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento.

III - Discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde.

IV – Atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado.

V - Definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços.

VI - Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros.

VII - Proceder à revisão periódica dos planos de saúde.

VIII - Deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os em face do processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos, na área da Saúde.

IX - Estabelecer diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS, tendo em vista o direito ao acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade dos serviços, sob a diretriz da hierarquização/regionalização da oferta e demanda de serviços, conforme o princípio da equidade.

X - Avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS.

XI - Avaliar e deliberar sobre contratos e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais.

XII – Aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (artigo 195, § 2º da Constituição Federal), observado o princípio do processo de planejamento e orçamentação ascendentes (artigo 36 da Lei nº 8.080/90).

XIII - Propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos.

XIV - Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União.

XV - Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento.

XVI - Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar os indícios de denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente.

XVII - Examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho, nas suas respectivas instâncias.

XVIII - Estabelecer critérios para a determinação de periodicidade das Conferências de Saúde, propor sua convocação, estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, explicitando deveres e papéis dos conselheiros nas pré-conferências e conferências de saúde.

XIX - Estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde e entidades governamentais e privadas, visando à promoção da Saúde.

XX - Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinentes ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

XXI - Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões.

XXII - Apoiar e promover a educação para o controle social. Constarão do conteúdo programático os fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e competências do Conselho de Saúde, bem como a Legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento.

XXIII - Aprovar, encaminhar e avaliar a política para os Recursos Humanos do SUS.

XXIV - Acompanhar a implementação das deliberações constantes do relatório das plenárias dos conselhos de saúde.

Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Ficam revogadas as Resoluções do CNS de nº 33/1992 e a de nº 319/2002.

HUMBERTO COSTA
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS Nº 333, de 4 de novembro de 2003, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

HUMBERTO COSTA
Ministro de Estado da Saúde

ANEXO 4: Resolução 01 do Conselho Municipal de Saúde, de 11 de maio de 2000.

DEFINIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS

RESOLUÇÃO Nº 01, DE 11 DE MAIO DE 2000

O **Secretário Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social**, no uso das atribuições, tendo em vista a aprovação do Conselho Municipal de Saúde, e considerando a necessidade de definir os critérios para criação, implantação, denominação, mandato e funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde, no âmbito do município de Florianópolis;

RESOLVE:

1- O Conselho Local de Saúde é o órgão consultivo do Sistema Único de Saúde (SUS), na área de abrangência da unidade local de saúde, relacionando-se diretamente à hierarquia do CMS, atuando com atenção especialmente aos níveis de planejamento local, avaliação da execução, e controle social das ações de saúde ou correlacionadas à saúde, colaborando na definição de prioridades e estabelecimento de metas a serem cumpridas na área de abrangência da Unidade de Saúde.


2- Da criação, implantação, funcionamento, mandato e duração do Conselho Local de Saúde.

A criação dos Conselhos Locais de Saúde, sua implantação, funcionamento e duração do mandato dos representantes serão na forma da presente Resolução, acompanhada e avaliada permanentemente pelo Conselho Municipal de Saúde.

3- O Conselho Local de Saúde, será instalado na sua área de abrangência, definida de acordo com a regionalização adotada pela Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social, e composto por representantes das seguintes entidades:

3.1- Representantes dos Usuários: Moradores (a partir de 18 anos de idade), residentes no local há mais de 02 (dois) anos, na área de abrangência da Unidade Local de Saúde.

3.2- Estabelecimentos localizados na área de abrangência da unidade local de saúde com atividades de interesse, alcance ou repercussão comunitários e/ou sociais (associação de moradores, empresas privadas, organizações não governamentais, entidades religiosas e outras) **sem vínculos** (convênios, parcerias, concessões e outros) **governamentais formais de qualquer natureza em todo o Brasil.**



3.3 – Representantes da Unidade Local de Saúde da administração direta da esfera municipal.

3.4 – Outros estabelecimentos públicos ou com participação pública ou privada, localizados na área de abrangência da unidade local de saúde, de entidade com atividades de interesse, alcance ou repercussão comunitários e ou sociais (associação de moradores, empresas públicas/privadas, organização não governamentais, entidades profissionais, entidades religiosas e outras) **com vínculos** (convênios, parcerias, concessões e outros) **governamentais formais de qualquer natureza em todo o Brasil.**

4 – DA COMPOSIÇÃO

A Composição do CLS por categoria dos conselheiros obedecerá a seguinte composição, obedecendo ao mínimo de 9 (nove) e ao máximo de 17 (dezesete) representantes da área de abrangência.

4.1. – Os moradores terão direito a indicar o mínimo de 2 Conselheiros Titular e seus respectivos suplentes, mediante apresentação de lista com assinaturas, contendo nome completo, endereço e n.º da carteira de identidade dos seus pares da área de abrangência. Como critério de habilitação e de desempate serão adotados sucessivamente: maior n.º de assinaturas, tempo de residência, tempo do usuário na unidade local de saúde, idade.

4.2 – A unidade local de saúde terá direito a indicar 4 Conselheiros Titulares com os respectivos Conselheiros Suplentes, assim definidos:

a) 1 Titular coordenador(a) da unidade local de saúde e respectivo suplente profissional de saúde da unidade local de saúde;


b) 1 titular profissional da unidade local de saúde e respectivo suplente profissional da unidade local de saúde;

c) 1 titular supervisor(a) do Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) e respectivo suplente Agente Comunitário de Saúde (ACS);

d) 1 titular Agente Comunitário de Saúde (ACS) e respectivo suplente Agente Comunitário de Saúde (ACS).

4.3 – Os demais estabelecimentos terão direito a indicarem respectivamente, 1 conselheiro titular e 1 conselheiro suplente para cada representação, **mediante apresentação de declaração identificadora de suas características e categoria, conforme itens 3.2 e 3.4.**

4.4 – os Representantes dos Usuários assim definidos nos itens 3.1 e 3.2, terão sempre direito a indicar 1 Conselheiro Titular a mais, do que o número de conselheiros das demais representações assim definidos nos itens 3.3 e 3.4.



5 - DA IMPLANTAÇÃO

A implantação dos Conselhos Locais de Saúde poderá ter início com a participação de uma ou mais entidades sob orientação e supervisão da Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social de Florianópolis e do Conselho Municipal de Saúde.

5.1 - A efetiva implantação dos Conselhos Locais de Saúde se dará com a posse dos conselheiros titulares e conselheiros suplentes, pelo Conselho Municipal de Saúde, através de ato do seu Presidente.

5.2 - Serão eleitos entre os conselheiros titulares; 1 (um) coordenador e 1 (um) coordenador adjunto; 1 (um) secretário e 1 (um) secretário adjunto.

5.3 - Nenhuma pessoa poderá exercer 2 (duas) ou mais representações de conselheiro titular ou suplente, durante o mesmo mandato, nos demais Conselhos Locais de Saúde do município de Florianópolis.

5.4 - O Conselho Local de Saúde terá duração indeterminada. Os conselheiros ao tomarem posse cumprirão mandato por período de 2 (dois) anos, coincidente com os períodos previstos para o Conselho Municipal de Saúde, com início no ato da assembléia local que se realizará até 30 (trinta) dias após a assembléia de eleição do Conselho Municipal de Saúde. O primeiro e os sucessivos mandatos terão a duração desde a Assembléia de implantação até a posse do Conselho sucessor à reeleição. A reeleição seguirá as normas adotadas nos documentos permanentes aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.

5.5 - A convocação da Assembléia Local, conforme item 5.4, terá ampla divulgação com antecedência mínima de 15 (quinze) dias.

6-DO FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE:

6.1 - As proposições, sugestões de sua competência serão apresentados para discussão, em caráter público, com discussão aberta e objeto de indicação para classificação de prioridades e metas, garantindo a isenção de outros interesses na proposição e decisão de temas que não reflitam o controle social do ponto de vista do usuário.

6.2- Recomenda-se que as reuniões ordinárias do Conselho Local de Saúde, sejam preferencialmente mensais, às 19 horas, não coincidentes com as datas das reuniões ordinárias do Conselho Municipal de Saúde, evitando-se fins de semana ou feriados, podendo obedecer a um calendário previamente elaborado. Poderão ser agendadas reuniões extraordinárias por motivo relevante e convocada pela maioria dos Conselheiros.

- 6.3** - Os conselheiros titulares terão direito a voz e voto;
- Todos os participantes terão direito a voz

6.3.1 - Os conselheiros suplentes substituirão os respectivos titulares em todos os seus impedimentos e assumirão as suas funções Na ausência do Titular



6.3.2-O conselheiro (titular ou suplente) será penalizado com falta quando não apresentar justificativa fundamentada, verbalmente ou por escrito, até o final da próxima reunião do Conselho Local de Saúde.

6.3.3- A penalidade de perda do mandato, substituição definitiva pelo respectivo suplente, obedecerá as normas adotadas nos documentos oficiais do Conselho Municipal de Saúde.

7- DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Os Conselhos Locais de Saúde já implantados até a presente data, deverão se adequar às presentes Normas no que lhe concerne de forma a ajustar o atual mandato ao período compatível para que o próximo Conselho seja convocado , instalado e funcione conforme estabelecido nesta Resolução.

Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.



MANOEL AMÉRICO BARROS FILHO
SECRETÁRIO DA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

ANEXO 5: Regimento Interno do Conselho Local de Saúde (CLS) do Bairro Saco Grande.

Regimento Interno do Conselho Local de Saúde (CLS) do Bairro Saco Grande (área de abrangência inclui o Monte Verde)

Da Criação e da Função do CLS

Artigo 1. O Conselho Local de Saúde (CLS) foi criado conforme Resolução N.01, de 11 de maio de 2000, do Conselho Municipal de saúde de Florianópolis e implantado no bairro Saco Grande, em 05 de dezembro de 2002, conforme assembléia geral amplamente divulgada para exercer as funções previstas na referida Resolução.

Da Finalidade do CLS

Artigo 2. O Conselho Local de saúde é o órgão consultivo do Sistema Único de Saúde (SUS), na área de abrangência do bairro Saco Grande, relacionando-se diretamente à hierarquia do CMS, atuando com atenção especialmente aos níveis de planejamento local, avaliação da execução, e controle social das ações de saúde ou correlacionadas à saúde, colaborando na definição de prioridades e estabelecimento de metas a serem cumpridas em sua área de abrangência.

Da Composição do CLS

Artigo 3. O CLS é composto por no mínimo 09 (nove) e no máximo 17 (dezessete) membros titulares e igual número de suplentes, sendo que os usuários terão direito a 50% mais 01(hum) dos membros em relação ao número das demais

representações, isto é, representantes dos trabalhadores de saúde e instituições com vínculo governamental.

Artigo 4. O coordenador do centro de saúde é membro titular do Conselho Local, cuja participação deve ser efetiva, não se aplicando neste item o artigo 14.

Artigo 5. O CLS terá sua diretoria composta por 01 (um/a) coordenador(a) e 01 (um/a) coordenador(a)-adjunto(a), 01 (um/a) secretário(a) e 01 (um/a) secretário(a)-adjunto(a) que serão eleitos entre os conselheiros titulares.

Artigo 6. O CLS tem duração indeterminada, sendo que o mandato dos conselheiros é de 02 (dois) anos, coincidente com os períodos previstos para o Conselho Municipal de saúde, com início no ato da assembléia local que se realizará até 30 (trinta) dias após a assembléia de eleição do Conselho Municipal de Saúde. O primeiro e os sucessivos mandatos terão a duração desde a assembléia de implantação até a posse do novo Conselho sucessor. A eleição seguirá as normas adotadas nos documentos permanentes aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde.

Artigo 7. Ao findar o mandato dos conselheiros, será realizada uma assembléia amplamente divulgada na comunidade para a eleição dos membros. Assim qualquer pessoa da comunidade ou do serviço de saúde poderá inscrever-se para compor o Conselho Local de Saúde. A convocação desta assembléia deverá ter ampla divulgação com antecedência de no mínimo 15 (quinze) dias da eleição.

Do funcionamento do CLS

Artigo 8. Todos os membros titulares estão convocados a participar das reuniões ordinárias (e extraordinárias quando houver), que serão mensais, na primeira Quinta-feira de cada mês, às 19 (dezenove) horas, no centro de saúde Saco Grande II.

Artigo 9. Os conselheiros titulares terão direito à voz e voto. Os conselheiros suplentes substituirão os titulares em suas faltas, com direito a voz e quando substituir o titular a voto.

Artigo 10. As faltas dos conselheiros titulares deverão ser justificadas antecipadamente, preferencialmente, verbalmente ou por escrito. A presença do suplente abonará a falta do titular.

Artigo 11. Serão dispensados os membros titulares, que sem motivo justificado, deixarem de comparecer a 03(três) reuniões consecutivas ou 06(seis) reuniões intercaladas no período de 1 (um) ano.

Artigo 12. A substituição temporária dos membros faltosos, ou a substituição definitiva dos titulares dispensados, será de acordo com, primeiramente com a vinculação de um titular a um suplente, e como segundo critério, a maior participação do suplente às reuniões.

Da Organização das reuniões do CLS

Artigo 13. As reuniões do Conselho Local deverão iniciar-se com a leitura da ata da reunião anterior, com posterior levantamento de pontos pendentes e sua aprovação. Se necessário estes pontos poderão ser inseridos na pauta da reunião. Logo após a aprovação da ata, segue os informes e a pauta propriamente dita.

Artigo 14. A pauta da reunião do CLS deverá ser definida na reunião anterior e divulgada pelo Conselho para a comunidade com o objetivo de estimular a participação.

Artigo 15. Casos omissos em relação a organização das reuniões e pauta serão discutidos e definidos pelos conselheiros em reunião.

Das Reuniões do CLS

Artigo 16. O quórum das reuniões será de metade mais 01 (um) dos conselheiros presentes, em duas chamadas. A primeira às 19 (dezenove) horas e a Segunda às 19:30 (dezenove e trinta) horas com qualquer número de conselheiros.

Artigo 17. As decisões do CLS serão tomadas por maioria simples, sempre através de voto aberto e repassadas periodicamente ao Conselho Municipal de Saúde, através de relatórios ou atas, para o devido encaminhamento.

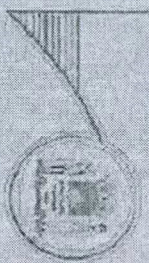
Artigo 18. Modificações neste regimento poderão ser feitas em reuniões específicas para este fim.

ANEXO 6: Mapa da Área de Abrangência da Unidade Local de Saúde Saco Grande.

**LEGENDA - MAPA ÁREA DE ABRANGÊNCIA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SACO GRANDE**

- 1. Associação Catarinense para a Integração do Cego – ACIC**
 - 2. Associação Comunitária do Loteamento João Gonzaga Costa – ACOLJOGOC**
 - 3. Associação dos Moradores do Parque da Figueira – AMPAF**
 - 4. Associação dos Moradores da Vila Cachoeira – AMVIC**
 - 5. Associação dos Moradores do Sol Nascente – AMSOL**
 - 6. Associação Pró Comunidade Caminho da Cruz - APROCRUZ**
 - 7. Associação Pró Comunidade Monte Verde – APROCOM**
 - 8. Associação Vida Verde – Pastoral da Saúde**
 - 9. Centro Espírita Estrela Guia – CEUGUIA**
 - 10. Conselho Comunitário do Monte Verde – CCMV**
 - 11. Conselho Comunitário do Saco Grande – COMOSG**
 - 12. Creche Municipal Orlandina Cordeiro**
 - 13. Creche Vila Cachoeira**
 - 14. Escola Municipal Donícia Maria Costa**
 - 15. Escola Estadual Laura Lima**
 - 16. Seara Espírita Entrepasto da Fé – SEEDE**
-

ANEXO 7: Certificados de participação em eventos.



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis
Comissão de Acompanhamento de Conselhos Locais de Saúde



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Saúde Pública
Projeto Comunidades Saudáveis

CERTIFICADO

Certificamos que **Ana Paula Petry** participou do Curso de Capacitação de Conselheiros Locais de Saúde, realizado nos dias 23 de outubro e 06 de novembro de 2004 na Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, na qualidade de **Membro da Comissão Organizadora**, com carga horária de 15 horas.

Florianópolis, 06 de novembro de 2004.

José Luiz Freire

Coordenador da Comissão de Acompanhamento
de Conselhos Locais de Saúde

Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis

Marta Verdi

Coordenadora do Projeto Comunidades Saudáveis
Departamento de Saúde Pública - UFSC



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis
Comissão de Acompanhamento de Conselhos Locais de Saúde



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Saúde Pública
Projeto Comunidades Saudáveis

CERTIFICADO

Certificamos que **Laura Cavalcanti de Farias** participou do Curso de Capacitação de Conselheiros Locais de Saúde, realizado nos dias 23 de outubro e 06 de novembro de 2004 na Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, na qualidade de **Membro da Comissão Organizadora**, com carga horária de 15 horas.

Florianópolis, 06 de novembro de 2004.

José Luiz Freire
Coordenador da Comissão de Acompanhamento
de Conselhos Locais de Saúde
Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis

Marta Verdi
Coordenadora do Projeto Comunidades Saudáveis
Departamento de Saúde Pública - UFSC



DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

O Trabalho de Conclusão de Curso intitulado "O processo educativo em saúde como prática de enfermagem junto a um Conselho Local de Saúde para a construção do controle social no SUS" desenvolvido pelas acadêmicas de enfermagem ANA PAULA PETRY e LAURA CAVALCANTI DE FARIAS apresenta uma rica experiência que buscou fortalecer um espaço dialógico, participativo e de efetivo exercício da cidadania no processo de controle social do Sistema Único de Saúde. Como destaques do estudo devem ser ressaltados:

- a excelente revisão de literatura que traz a contextualização da problemática dos Conselhos Locais de Saúde no âmbito das políticas de saúde contemporâneas;
- a originalidade da proposta metodológica que através do encontro entre os elementos do processo de trabalho de educação em saúde de Ramos Gonçalves e da Pedagogia Freiriana propiciou uma trajetória realmente problematizadora e reflexiva;
- a discussão empreendida no último capítulo sobre a participação popular e as relações de poder no controle social em saúde.

Por fim, é importante ressaltar a excelente contribuição do trabalho para pensar o papel da enfermeira como agente de transformação no âmbito das políticas públicas, bem como para repensar as relações de poder entre os diferentes atores no contexto de saúde para o efetivo controle social no SUS.

Marta Verdi 07/12/2004.
Profa. MARTA VERDI

